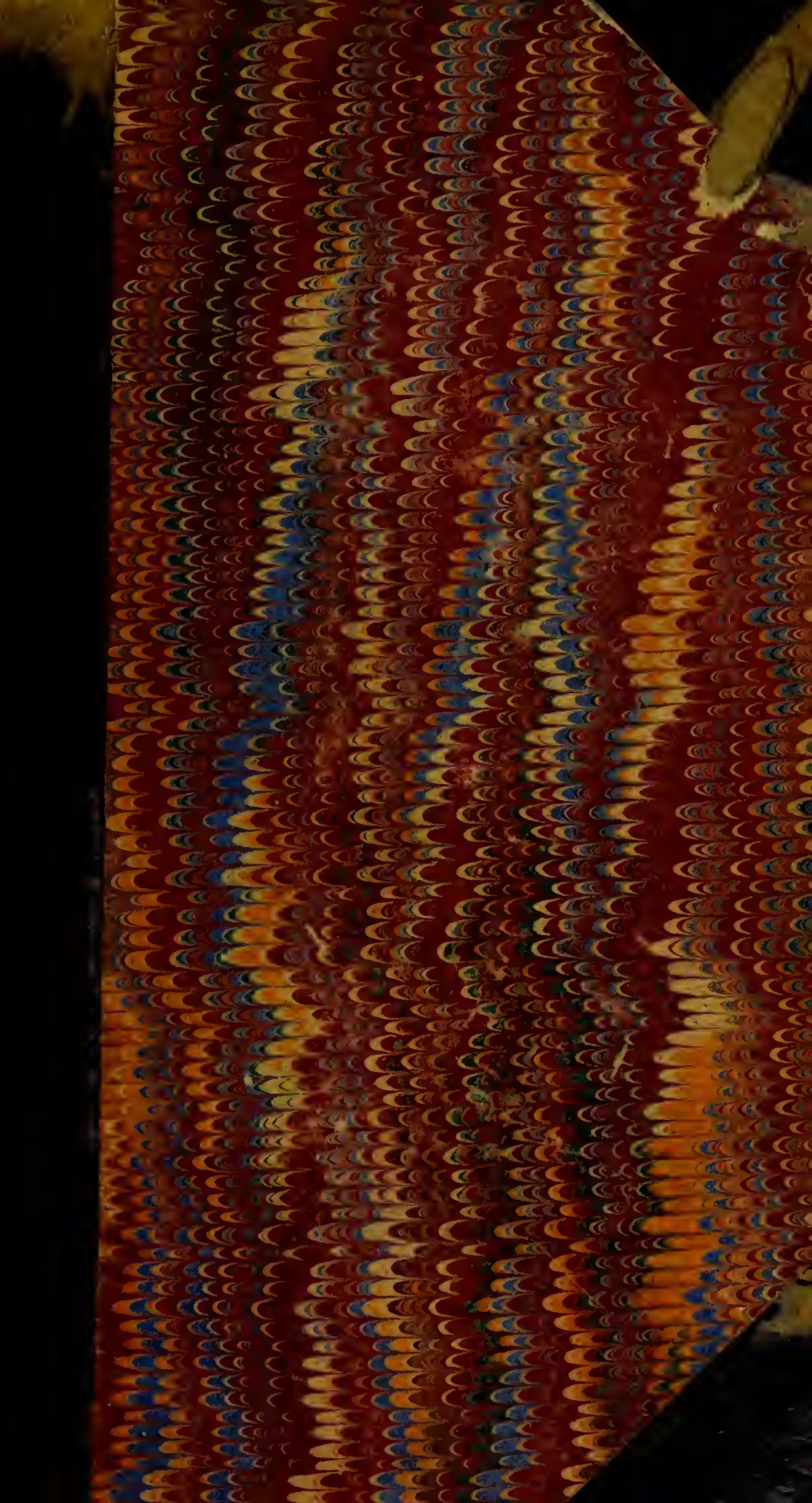
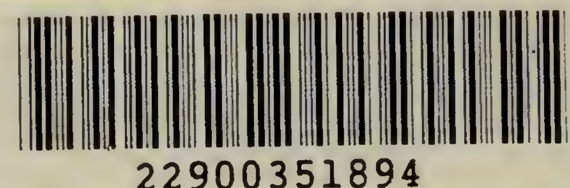



22900351894

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'HOTEL-DIEU DE MONTPELLIER.

Montpellier, J. MARTEL aîné, imprimeur, près la Préfecture.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'HOTEL-DIEU DE MONTPELLIER,

PAR

Jean-Alexis-Jacques

ALs ALQUIÉ,

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, CHIRURGIEN EN CHEF DE L'HÔTEL-DIEU SAINT-ÉLOI, LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, ETC.

Ἡ δὲ πεῖρα σφαλερή, ἡ δὲ κρίσις χαλεπή.

ΙΠΠ. Ἀφορ. 1.



MONTPELLIER

CHEZ L'AUTEUR, RUE DU COLLÉGE, N° 3.

1852

A MESSIEURS

LES ÉLÈVES EN MÉDECINE

accourus au secours des Habitants de l'Hérault décimés par une Epidémie de suette miliaire

(Mai — Août 1851).

Votre dévouement et vos soins intelligents, pendant cette épidémie meurtrière, vous ont acquis l'admiration de tous ceux qui vous virent à l'œuvre, et surtout de celui qui eut l'honneur de vous diriger dans cette périlleuse mission.

ALQUIÉ.

Montpellier, décembre 1851.

AVERTISSEMENT.

Persuadé que la Faculté de Montpellier retire de grands avantages de la publication des travaux de ses Membres, je viens satisfaire à ce sentiment, en donnant ici le résumé de mon Enseignement pendant ma première année de Professorat.

J'ai désiré de prouver que la moderne Cos ne restait pas indifférente au mouvement du Monde médical : et la plupart des questions agitées en ce moment ont été jugées au lit des malades, dans nos amphithéâtres, ou à l'aide d'expériences variées. Ainsi, après avoir démontré les perfectionnements à introduire dans l'Enseignement de la clinique en France, j'ai déterminé la valeur pratique des travaux aujourd'hui les plus vantés touchant les *brûlures*, les *maladies de la peau*, les

fractures, les *ophthalmies*, l'*ablation partielle ou totale des testicules scrofuleux*, l'*anesthésie locale*, les *miasmes* et les *virus*, les *maladies vénériennes;* enfin, l'*infection*, la *résorption* et la *diathèse purulentes*.

Je me suis efforcé de montrer dans son application clinique le caractère de notre Ecole, à l'exemple des professeurs Fages, Serre, Estor, qui allient la philosophie médicale à la chirurgie, et proclament l'unité de la science de l'homme. J'ai aussi cherché à prouver au lit des malades la justesse des préceptes formulés dans la *Chirurgie conservatrice* : tel est le but que je continuerai de poursuivre, et que je serais heureux d'avoir atteint à la fin de ma carrière.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'HOTEL-DIEU SAINT-ÉLOI.

ARTICLE Ier.

DES QUALITÉS ET DES DEVOIRS DU PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE, ET ÉLOGE DE M. LE PROFESSEUR SERRE.

(Discours prononcé dans la Faculté de médecine de Montpellier, le 14 novembre 1850.)

Messieurs,

Il semble que la statue du Dieu du silence, placée au seuil des temples antiques, se dresse encore, immuable et redoutée, à l'entrée de nos réunions solennelles. Ce n'est pas, en effet, l'histoire de l'existence réelle, de ce mélange de qualités et de défauts, de vertus et de fragilités que vous venez entendre dans cette enceinte ; ce n'est pas une biographie, mais un *éloge* : caractère obligé des lignes éphémères que viennent consacrer au personnage naguère vivant l'amitié, la reconnaissance ou la confraternité du médecin appelé à lui succéder.

Il est digne de vous, Messieurs, à qui je dois inspirer sans cesse l'amour du beau et du vrai ; il est digne de l'illustre Ecole à laquelle nous sommes tous fiers d'appartenir : il est digne, enfin, du maitre habile dont nous

déplorons la perte, de parler ici un tout autre langage, en vous signalant les qualités et les devoirs du professeur de clinique chirurgicale. Ainsi seront dignement rappelés à votre souvenir le mérite et les talents de l'homme dont la mémoire plane encore sur cette chaire; ainsi s'ouvrira devant vous l'honorable mais difficile carrière qu'il m'est donné de parcourir. Heureux si, arrivé au terme que la Providence m'a assigné, je suis parvenu par des efforts soutenus, sinon par des succès, à mériter l'estime que vous m'avez plusieurs fois témoignée, et à laquelle vous me permettrez d'attacher toujours le plus grand prix !

La vie, Messieurs, ses forces, ses organes présentent trop souvent des obscurités profondes et variées ; les sympathies particulières et générales, les formes complexes des états pathologiques, la relation des symptômes avec les lésions profondes de l'organisme, offrent encore des problèmes pleins d'incertitudes et de difficultés. Mais arrivé, enfin, aux indications et au choix des moyens thérapeutiques, l'esprit est environné d'écueils et de dangers. Combien il est disposé au découragement, en présence de ces problèmes sans cesse variés par la spontanéité de l'économie vivante, le nombre des organes et des fonctions, enfin la multiplicité des maux dont l'humanité est passible !

A ces difficultés, que le théoricien peut apprécier du haut de ses spéculations indépendantes, si l'on ajoute celles qui résultent de l'inspection directe de l'homme sain ou malade et qui séparent la théorie de la pratique, on concevra sans peine les problèmes infinis, parfois repoussants de la médecine clinique. Supposez maintenant, Messieurs, chez le maître chargé de diriger l'élève dans cette voie ardue de la science, une conception paresseuse, un langage obscur, une parole embarrassée, et la plus

belle des connaissances devient rebutante, l'esprit du disciple se révolte, et l'enseignement languit ou s'éteint.

De quelle importance n'est donc pas cette *diction* facile, ingénieuse, dont M. le professeur Serre se montra doué dans les différentes positions qu'il avait su conquérir, et qui rappelait l'aisance et la richesse de son illustre prédécesseur ! Sans doute, la facilité d'élocution ne doit point consister dans un verbiage imperturbable au service d'une intelligence sans frein et sans ordre. Pour se diriger à travers les routes inconnues ou pénibles de la science des maladies, il faut un fil conducteur aussi habilement distribué que celui d'Ariane. Ce n'est pas à dire, Messieurs, qu'un Desault, un Boyer, avec leur élocution ingrate, ne puissent se livrer fructueusement à l'enseignement clinique : la richesse du fond peut faire passer l'infériorité de la forme. Mais le jugement profond, l'esprit ingénieux, la supériorité pratique de ces têtes éminentes ne sont pas le partage de beaucoup de médecins.

D'ailleurs, ces hommes considérables étaient animés de ce *feu sacré*, de cet amour de notre art, qui, se communiquant à leurs disciples empressés, corrigeait sans cesse l'influence fâcheuse d'une diction embarrassée. Cet enthousiasme pour la chirurgie, M. Serre le possédait; et son impulsion native, qu'il manifesta au début de sa brillante carrière, était aiguillonnée par les beaux exemples que Fages, Baumes, Fouquet, Delpech avaient su inspirer à tous leurs auditeurs. C'est cet amour de notre art qui soutient l'âme chancelante du jeune disciple en présence des tourments d'un homme soumis à des opérations sanglantes; c'est cette soif d'instruction qui lui fait suivre avec ardeur les progrès de maux repoussants pour la sensibilité du vulgaire, qui l'entraîne

au milieu même de lésions contagieuses ou épidémiques, alors que la mort plane autour de lui et peut à tout instant le rendre victime de son zèle ; c'est, enfin, cet enthousiasme pour les études cliniques qui sait donner un attrait incessant à l'administration d'une substance médicinale, à l'emploi d'une opération laborieuse, à l'application des moyens les plus simples.

Quoique observant la nature sur un vaste théâtre, le clinicien amoureux de sa profession est loin de s'écrier avec les Alibert de tous les temps : « Eh ! que me font à moi les Grecs et les Romains (1) ! » Il veut, au contraire, mettre à profit les investigations, les aperçus de ses devanciers ; et sentant combien la science est vaste, les découvertes et les perfectionnements précieux, il est loin de négliger les élucubrations du plus modeste de ses contemporains, dont il recherche les pensées au milieu des publications chaque jour enfantées en des pays divers. Nul homme n'eut une pratique plus étendue que Fages ou Delpech ; et cependant nul ne montra des connaissances plus vastes et une *érudition* plus variée que ces infatigables médecins.

La *probité scientifique* doit se trouver chez tous les hommes de l'art ; elle ne saurait manquer chez le clinicien sans de graves dommages pour la science, sans de grands dangers pour les malades. Le professeur de clinique surtout doit constamment mériter la belle qualification attribuée à l'orateur : *Vir probus discendi peritus.* Entouré d'une jeunesse ardente à s'instruire de toutes les difficultés de la pratique, il lui doit un compte loyal de ses incertitudes, de ses erreurs et de ses insuccès. Avec cette bonne foi, les fautes et les revers sont des

(1) Traité des maladies de la peau, T. Ier, p. 1. — 1821.

leçons peut-être aussi utiles que les réussites les plus éclatantes. Les cliniques sont d'ailleurs une source inépuisable de matériaux qui servent à agrandir journellement le domaine de la science; de là sortent encore des perfectionnements incessants de la thérapeutique. Quelle gravité n'auraient donc pas une légèreté qui ferait tordre les faits pour les plier aux exigences d'idées préconçues, d'intérêts divers! la publication hâtive d'observations incomplètes ou mensongères sur l'emploi d'opérations ou de médicaments nouveaux! Animé d'un noble amour de notre art, Delpech ne balançait pas à avouer ses méprises et ses revers : il n'y a que les chirurgiens véritablement grands qui avouent leurs erreurs ou leurs insuccès (1). « Je déclarerai mes fautes comme celles d'autrui, disait notre Bordeu (2); je suis homme et je parle à des hommes; si je ne suis pas à l'abri de l'erreur, je ne cherche à tromper personne. » Instruit par de si beaux exemples, M. Serre écrivait avec tristesse : « Parcourez les journaux de médecine, et vous n'entendrez parler que de résultats brillants obtenus par telle ou telle méthode; essayez dans la pratique civile ou dans un hôpital le traitement conseillé, et vous n'aurez souvent que des mécomptes (3). »

L'observation clinique, Messieurs, est la base de la médecine pratique : que de systèmes n'auraient pas vu le jour ou n'auraient pas joui d'une vogue imméritée, si l'on avait consulté, si l'on avait su interroger le beau livre de la nature humaine! J'entends des esprits éminents répéter que la science est encombrée de faits, et qu'il faut seulement aujourd'hui savoir en généraliser

(1) A. Cooper, OEuvr. chirurg., trad. Richelot, p. 449.

(2) OEuvr. compl., Mal. chron.

(3) Rech. chir. — Montpel. 1832, p. 102.

la valeur. Si vous comptez les innombrables observations consignées dans les annales de l'art et dont les journaux sont remplis, la science est, en effet, surchargée de cette masse sans cesse augmentée. Mais distinguons, je vous prie, les bonnes observations des incomplètes, infidèles, mauvaises ou fausses, et vous verrez combien le nombre en sera réduit! J'en appelle, à cet égard, à ces hommes laborieux qui, après avoir eux-mêmes appris au lit des malades toutes les difficultés de l'observation, se sont livrés à l'étude d'un sujet encore obscur de la médecine. Ils vous diront, ces esprits sévères, que s'il est facile de rassembler des centaines de faits sur une question nouvelle, on ne tarde pas à reconnaître la pauvreté de cette richesse apparente, quand on veut admettre seulement les histoires complètes et dignes de confiance. Que de détails oubliés, de renseignements incomplets, de soins négligés! Ici les antécédents manquent, là les symptômes ont été tronqués ou méconnus; plus loin, le traitement n'a pas été poursuivi par le malade ou par le médecin, la guérison n'a pas été constatée chez un sujet qui a quitté l'hôpital. Et puis, que d'histoires cliniques arrangées, inventées même pour soutenir une hypothèse, un système favoris! Non, mille fois non, la science n'est pas encombrée de bonnes observations; elle en a grand besoin, elle en demande sans cesse.

Mais, pour recueillir de telles histoires cliniques, l'homme doit être non-seulement de bonne foi, mais encore apte à ce genre de recherches. Que de sagacité, que d'instruction, que d'attention ne faut-il pas en pareille matière! Aussi, Messieurs, l'on célèbre de siècle en siècle les mortels doués de ces précieuses qualités: Hippocrate, Arétée, L. Rivière, Fernel, Morgagni, esprits éminents que le clinicien doit prendre pour mo-

dèles. Sans doute, les médecins de nos jours ont généralement plus d'instruction et de sévérité que dans les siècles précédents; néanmoins, quand on considère le nombre de ceux qui satisfont sous ce rapport aux exigences de la science, on se rappelle cette pensée du poète latin : *Apparent rari nantes in gurgite vasto !*

D'ailleurs, Messieurs, indépendamment des qualités personnelles, que de conditions ne faut-il pas pour pouvoir rédiger de bonnes observations ! L'ignorance des malades, l'inattention de ceux qui les entourent, les lieux qu'ils habitent y forment des obstacles trop fréquents. Aussi, le Père de la médecine dit-il en tête de ses immortels Aphorismes : L'expérience est incertaine et le jugement difficile; non-seulement il faut faire soi-même ce qui convient, mais encore y faire concourir le malade, les assistants et les choses extérieures.

C'est surtout dans les hôpitaux que les bonnes observations peuvent être recueillies. Aussi les institutions cliniques donnent à l'enseignement actuel de la médecine un avantage considérable sur celui des temps anciens. Suivant plusieurs écrivains, les auteurs de l'antiquité ont eu peu de matériaux pour composer leurs célèbres ouvrages ; et la petite île de Cos, où Hippocrate établit son Ecole et où il dicta ses dogmes immortels, ne possédait pas six mille habitants. Mais l'on oublie que le divin Vieillard avait puisé ses connaissances pratiques dans ses nombreux voyages en Egypte, en Asie, en Lybie, en Scythie, autour de la mer Noire, etc.; on oublie que de nombreux malades se rendaient au fameux temple de Cos, où ils séjournaient durant l'*incubation*, et où des inscriptions votives présentaient le résultat d'un grand nombre de faits pratiques dont la famille des Asclépiades conservait le précieux dépôt. Galien fut recueillir des matériaux

d'instruction pratique à Smyrne, Corinthe, Alexandrie, à Chypre, en Syrie, en Palestine, à Rome, où il était médecin des lutteurs blessés. Obligés d'aller demander à des contrées lointaines des matériaux suffisants pour l'étude de notre art, le divin Vieillard et le médecin de Pergame conseillaient, et par leur exemple et par leurs écrits, de faire de fréquents voyages, non-seulement pour observer les peuples et les pays divers, mais encore pour profiter des moyens offerts par différentes contrées à l'instruction médicale. Tel est encore le précepte donné par T. Bartholin à son fils vers le milieu du XVII[e] siècle (1) : il lui conseille de visiter les hôpitaux de l'Europe, les couvents, les monastères où l'on traite des passagers, des pélerins, des lépreux, etc. Plus heureux que nos pères, nous possédons, rassemblés en certains lieux, les matériaux qu'ils étaient forcés d'aller chercher en des pays lointains. A l'époque des institutions de la clinique, alors que ce mode d'enseignement était en quelque sorte à l'essai, De Haën et Stoll ont dû se contenter de 12 lits, Scarpa et Franck de 22 lits, Baumes, Fages et Fouquet de 25 malades ; mais la science et l'enseignement progressent, et ce qui était suffisant naguère ne l'est plus actuellement, quoique certaines améliorations soient désirables dans l'état actuel des choses.

Avoir entre ses mains l'existence d'un grand nombre de ses semblables ; avoir à décider, parfois en un instant, de la vie d'un homme plein de jours, d'une mère ou d'un père de famille, c'est, Messieurs, une terrible responsabilité, bien capable, comme le disait Averroès, de faire trembler un honnête homme. Aussi, par quelles longues études théoriques et pratiques, par combien de luttes

(1) *De peregrin. medicâ*, etc.

académiques, M. Serre ne se prépara-t-il pas à ambitionner un si redoutable ministère! N'est pas clinicien qui veut, MESSIEURS; et s'il existe pour la poésie, la peinture et d'autres arts libéraux une vocation promptement manifeste, il n'en est pas ainsi pour le barreau et la médecine. Herder, Schiller, Haller, Barthez n'ont pu se plier, dit-on, aux exigences de la chirurgie; et A. Paré, J.-L. Petit, Lapeyronie, Delpech, Fages et M. Serre, ne se doutaient guère à vingt ans de ce qu'ils deviendraient un jour. Les études, les exemples prolongés de maîtres habiles, l'expérience, enfin, ont dévoilé à ces praticiens supérieurs l'aptitude dont la nature les avait doués. Aussi, à l'âge de 34 ans, et après de nombreux succès dans les hôpitaux et dans l'enseignement, M. Serre comme Delpech, conquit, à la faveur du concours, l'honorable mission de succéder à son illustre maître (1).

Un des caractères de la vocation clinique est cette disposition naturelle qui, au milieu des causes multipliées, fait saisir la principale ou le concours de plusieurs d'entre elles dans la production des lésions pathologiques; qui, en présence des cas complexes, fait discerner la véritable expression des états morbides; c'est ce *tact médical* développé, mais jamais communiqué par l'étude ni l'expérience, qui découvre les saines indications thérapeutiques et les moyens les plus propres à les remplir : précieuse faculté que l'on voyait briller chez le professeur Serre, et à laquelle surtout il fut redevable de ses nombreux succès et de sa réputation.

Cette qualité clinique fait aisément sentir que la science des maladies étant une, sans des connaissances médicales profondes, la chirurgie devient un art mécanique, aveugle

(1) Au mois de février 1834.

et dangereux. Aussi, nourri des principes vénérés de cette illustre Ecole, M. Serre savait s'éloigner d'une pratique presque restreinte à l'emploi des instruments et des appareils. Avec quelle persévérance judicieuse ce digne *médecin-opérant* savait, et par ses exemples et par ses leçons, enseigner à ses disciples empressés que la grande chirurgie n'est pas celle qui coupe souvent et beaucoup, mais bien celle qui, contraire à ce fâcheux préjugé, sait conserver le plus de parties, et trouver dans les secours de l'hygiène et de la matière médicale les principaux moyens de guérison!

Et ne croyez pas, Messieurs, que cette chirurgie conservatrice entraîne de la négligence dans le manuel opératoire. Bien que considérant l'instrument tranchant comme une ressource extrême et souvent regrettable, cette pratique y reconnaît aussi un puissant moyen de traitement. Quand il s'agit de porter la main sur un homme souffrant, tout est pour elle important; l'emploi d'un appareil ou d'un bistouri ne demande pas, à ses yeux, moins d'attention que l'administration d'une préparation médicinale. Semblable à Delpech, M. Serre parlait avec enthousiasme d'une opération laborieuse et qui agrandissait heureusement le domaine de la thérapeutique. Aussi, attachait-il plus d'importance aux opérations qui réparent ou restaurent les parties, qu'à celles qui les sacrifient.

Naturellement doué d'une heureuse dextérité, comme Delpech, M. Serre avait développé son aptitude par des *études fréquentes sur les cadavres*, par des occupations longues et progressives dans les hôpitaux et sous des maîtres habiles. Ces exercices, poursuivis même sur les animaux vivants, formaient un complément utile de ses longues préparations à la brillante carrière qui l'attendait.

On remarquait surtout dans Delpech cette hardiesse manuelle qui fait poursuivre à travers mille dangers l'exécution d'une entreprise nouvelle et impossible au commun des praticiens ; chez M. Serre, cette sûreté opératoire qui, sans avoir un éclat recherché, achève avec succès une entreprise chirurgicale ; chez M. Lallemand, enfin, cette intrépidité de tête et de cœur qui, sans trouble au milieu du danger, sait inspirer une entière confiance au patient comme à ceux qui l'entourent, et remédier promptement aux accidents insolites d'une grave opération. Ainsi, par leurs exemples encore plus que par leurs leçons, ces maîtres nous disaient, comme l'Hippocrate latin : Le chirurgien doit être peu avancé en âge ; sa main doit être ferme et jamais tremblante, son œil clair et perçant, et sans sensibilité telle que, décidé à guérir celui qui se met entre ses mains, il ne se laisse pas émouvoir par les cris, ni détourner par les plaintes du but auquel il veut parvenir.

Diction facile et méthodique, feu sacré et amour de son état, érudition vaste et soutenue, probité scientifique, tact médical et expérience clinique, connaissance de toute la science des maladies, dextérité et habileté opératoires, intrépidité chirurgicale, telles sont, Messieurs, les qualités du professeur de clinique, celles qu'ont montrées dans la *ville médicale* Guy-de-Chauliac, Cabrol, L. Joubert, Lapeyronie, Goulard, Sarrau, Lamorier, Méjan, Estor, B. Vigarous, Fages, Delpech et M. Serre (1).

Ce n'est pas seulement par ses différents actes intérieurs et par ses leçons, que le professeur remplit ses devoirs envers la Faculté : toute sa vie publique est liée à ses fonctions universitaires. Autant une conduite relâ-

(1) Estor, Philos. chirurg. — Montpellier, 1811.

chée, un manque de gravité dans les manières et dans le langage tendent à déprécier l'important caractère dont il est revêtu et la corporation dont il fait partie, autant celle-ci reçoit un reflet de la dignité que le professeur sait apporter dans tous ses actes extérieurs. La considération locale et lointaine d'un médecin n'est pas moins, en effet, Messieurs, favorable à sa famille, que son exactitude et ses succès auprès des malades. Delpech ne manqua jamais à ce devoir essentiel du professorat. Sa conduite, toujours noble, portait bien haut la célébrité et l'honneur de notre Faculté, et M. Serre imita le bel exemple de son habile maître.

Profondément convaincu de la nécessité de répandre au loin les précieux fruits de ses observations, de ses méditations, l'éminent auteur du *Traité des maladies réputées chirurgicales* ne cessa de *publier des ouvrages* considérables, qui faisaient rejaillir sa réputation ainsi accrue sur la corporation médicale dont il se montra constamment l'une des plus grandes illustrations. Les *Lettres sur l'encéphale* n'ont pas moins soutenu le lustre de la Faculté, qu'elles n'ont immortalisé le nom du professeur Lallemand. Les livres sur la *réunion immédiate*, sur les *restaurations de la face*, les *Recherches sur la clinique* n'ont pas été moins utiles à notre Faculté que les Leçons de M. Serre sur les mêmes sujets. Repoussez donc loin de votre esprit, Messieurs, cette assertion mensongère que la médiocrité ou la paresse s'efforce de répandre sur les médecins-écrivains : Les grands praticiens écrivent peu ou point, prétendent ces défenseurs obligés d'une indifférence coupable. Eh ! qu'ont fait Hippocrate, Galien, Baillou, Fernel, Sydenham, Stoll, Boërhaave, Sauvages, Bordeu, Fouquet, Barthez, Baumes, Delpech, Lallemand, Serre, et la plupart des grands cliniciens de tous les temps et de

tous les lieux ? En présence de ces hommes aussi illustres par leurs écrits que par leur pratique, les partisans intéressés du silence scientifique ne vous rappellent-ils pas un apologue célèbre?

Delpech s'efforça de remplir d'une façon généreuse cette partie externe des devoirs du professorat. Naguère et au milieu de circonstances plus favorables, notre Hôtel-Dieu, protégé de la célébrité des praticiens habiles qui s'y sont succédé, voyait accourir dans ses murs des malheureux de toutes les parties de la France et des contrées lointaines, pour y réclamer la guérison de maladies rebelles aux soins des praticiens les plus estimés. Plein de l'amour de son art et de la prospérité de l'hôpital St.-Eloi, Delpech, ne mettant point ses intérêts privés au-dessus de ceux de la Faculté, s'empressa de diriger sur cette maison les infortunés dont les maladies offraient un grand intérêt clinique. De là, une source féconde en leçons précieuses et variées ; de là, enfin, les matériaux incessants des publications si importantes au bien de leur auteur et de sa corporation.

Il est des corps scientifiques qui brillent et prospèrent par l'originalité des talents de leurs membres ; d'autres, par les richesses matérielles qu'ils peuvent offrir à leurs adeptes ; d'autres, enfin, par les principes et le génie de leur enseignement : Montpellier, MESSIEURS, offre surtout ce dernier caractère. Antique et incessant foyer de la philosophie médicale, la moderne Cos a toujours placé dans les hautes régions de la pensée les motifs principaux de sa gloire et de sa pérennité. Les hommes meurent ; les génies se montrent rarement ; les richesses matérielles peuvent être dégradées, perdues ou transportées en d'autres lieux..... : les idées dominent ces vicissitudes humaines, comme la pensée plane au-dessus de la ma-

tière. De là, Messieurs, la raison principale de la célébrité de cette Ecole et de la conservation de notre Faculté, en dépit des circonstances qui ont paru menacer parfois son existence. Le temps et les révolutions politiques ont en vain détruit le portique et le jardin d'Académus ; la rivalité de Cos et de Gnide ont vainement contribué, dit-on, à porter la dévastation dans les temples réservés aux Asclépiades. — Les disciples ont sauvé les beaux préceptes de Platon et des stoïciens ; et la doctrine du divin Vieillard a conservé, à travers les âges, une immortalité, consacrée surtout dans cette enceinte par les efforts religieux de nos maîtres et de leurs devanciers. Que des révolutions sociales changent la division et l'importance de nos contrées ; que des caprices politiques déplacent le siége de notre Faculté ; qu'une rivalité puissante y introduise forcément, comme au temps du fameux Chirac, des éléments hétérogènes et destructeurs.... ; notre Ecole médicale défie ces vicissitudes impuissantes : sa doctrine est immortelle !

Comment donc, Messieurs, ne pas concevoir que la célébrité et l'existence de notre Faculté sont intimement liées à l'éclat et à la constance de sa doctrine médicale? Comment ne pas comprendre que la conservation et la propagation de ce précieux héritage est l'un des devoirs essentiels du professorat à Montpellier ? M. Serre n'eut garde d'y manquer : disciple de Fages et de Barthez, il sentait qu'au professeur de clinique appartenait la démonstration des hautes vérités défendues dans ces murs par Sauvages, Bordeu, Barthez, Fouquet, Dumas, F. Bérard, et que des voix éloquentes font retentir tous les jours à vos oreilles. C'est, enseignait-il en effet, aux hommes chargés de l'enseignement clinique, à celui auquel est confié le traitement des lésions principalement organiques et

l'emploi des moyens mécaniques, qu'appartient de démontrer chez l'homme vivant l'existence, non-seulement de matériaux anatomiques, mais encore de forces particulières ; à lui est réservé de dévoiler des actes cachés et hyperorganiques dans les maladies en apparence les plus concrètes ; à lui, enfin, de prouver qu'il n'y a pas seulement à modifier ou à changer des parties anatomiques, mais encore les forces et leurs lésions dynamiques. Ainsi ce clinicien dissipa les accusations de la malveillance contre ces hautes conceptions médicales, en prouvant que rien n'est plus pratique que la sublime doctrine de Cos.

On ne fait pas généralement assez d'attention, Messieurs, aux conditions diverses de l'éducation clinique : on y voit un praticien établissant le diagnostic des maladies, les indications thérapeutiques, ordonnant des remèdes et rendant ensuite un compte public des motifs de ses déterminations. Là ne se borne pas le rôle du clinicien : méthode dans la recherche de la nature et des symptômes du mal, rédaction des faits observés, langage auprès des malades, manière de les interroger et d'amener certains d'entre eux à des sacrifices extrêmes mais nécessaires, tout devient chez lui matière à instruction. L'auscultation, la percussion, les recherches chimiques, microscopiques, anatomo-pathologiques, enfin tous les perfectionnements de la science et de l'art, doivent être pour lui des sujets d'étude et d'enseignement. Ainsi le maître initie ceux qui l'entourent aux secrets de la pratique ; ainsi il leur procure un complément indispensable à leurs études théoriques.

Jaloux de concourir efficacemont à l'éducation médicale de ses élèves, le professeur Serre montrait qu'on ne saurait apporter trop de soins dans les diverses parties du

service clinique. La paresse est plus aisément imitée que le travail, la négligence que les soins et la propreté, l'indifférence que l'activité continue. Malheur au disciple d'un maître sans amour de son art, sans soin pour établir la connaissance complète et le traitement des états morbides, sans soin, enfin, dans le manuel opératoire ou les pansements! Dominé par des exemples aussi fâcheux, façonné insensiblement à cette conduite blâmable, l'élève apportera dans sa propre pratique les vices de son éducation clinique, s'il n'est fortement doué de qualités opposées. Aussi, avec quelle exactitude M. Serre remplit long-temps ses honorables fonctions à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi! Avec quelle attention il interrogeait les malheureux confiés à ses mains! Avec quelles précautions il les disposait d'avance à subir des opérations sanglantes! Avec quelle minutieuse sollicitude il s'efforçait de mener à bonne fin ses entreprises chirurgicales! L'application d'un appareil et d'une simple bande était pour lui une importante affaire. Il semblait vouloir justifier chaque jour ce précepte de Diderot : « Ne ferait-on que des épingles, il faut être amoureux de son état. »

A la faveur de pareils exemples, l'élève reçoit maintenant une éducation médicale bien plus efficace et bien plus rapide qu'à une époque, encore peu éloignée, où l'enseignement des hôpitaux était si difficile et si restreint. Grâce aux perfectionnements successifs de ce mode d'instruction, nos élèves ne sont plus lancés dans la pratique civile sans avoir connu autre chose que des livres et des discours. Toutefois les études cliniques nous paraissent susceptibles d'améliorations importantes; aussi apprenons-nous avec surprise que le stage dans les hôpitaux vient d'être supprimé à la Faculté de Paris (1).

(1) Bull. thérap. Paris, 1850, T. II, p. 144.

Malgré l'observation de nombreux malades et de la conduite journalière du professeur à leur égard, le disciple, parvenu au terme de ses études scolaires, éprouve de pénibles et longues incertitudes en s'engageant dans l'exercice de notre art. La responsabilité du médecin pèse en entier sur lui, dépourvu maintenant du guide éclairé qui se plaisait à aplanir les difficultés incessantes de la profession médicale. Il faut interroger sérieusement le malade, capter sa confiance, découvrir la nature de ses souffrances, les indications à remplir, et formuler les moyens d'y satisfaire : nouvel et laborieux apprentissage auquel se trouve brusquement obligé celui qui n'a pas été préparé directement à ces soins intimes de la pratique.

Comme Van-Swieten et Tissot, Delpech et M. Serre avaient depuis long-temps senti les graves imperfections de l'enseignement clinique (1), qu'ils s'efforçaient de pallier dans leurs écrits comme dans leurs leçons. Il faut, en effet, qu'à l'exemple des Universités d'Allemagne, les Facultés de France confient aux élèves déjà instruits l'observation et le traitement complet des malades. Ainsi, sous la surveillance et la direction immédiate du chef de service, il convient de soumettre les élèves capables à tous les soins de la pratique. Interroger les malades, déterminer l'espèce et la nature de leurs lésions, mettre en œuvre l'auscultation, la percussion et les divers moyens d'exploration; établir les indications thérapeutiques; formuler et appliquer les remèdes, sous l'approbation obligée du chirurgien en chef: tel est le nouveau perfectionnement à imprimer à l'instruction dans les hôpitaux. Dirigé d'après cette méthode, le jeune docteur ne rencontrera plus dans la profession médicale une

(1) Rech. clin. Montpellier, 1843, p. 40.

carrière pleine d'incertitudes, mais une simple continuation de ses exercices cliniques.

Un fâcheux préjugé, trop généralement répandu, accorde une importance presque exclusive aux cas insolites, graves, et néglige *les états morbides simples et ordinaires.* Le clinicien ne saurait, Messieurs, s'élever avec assez de force et de persévérance contre une habitude aussi défavorable à l'instruction médicale. Persuadé qu'il est surtout utile de connaître les cas ordinaires, parce qu'on est assuré de les rencontrer dans la clientèle, le maître doit, et par son attention journalière, et par l'attrait de ses leçons, inspirer à ses élèves un intérêt soutenu. Mais pour remplir cette condition importante du professeur, il faut, Messieurs, du feu sacré, de l'amour de son état, une avidité de science toujours en haleine. Raphaël, à vingt ans, s'enferme dans la Chapelle Sixtine et songe déjà à la Transfiguration; un barbouilleur contemple avec Raphaël le chef-d'œuvre de Michel-Ange, et ne sait y trouver que des sujets d'enseigne!

Delpech, M. Serre, M. Lallemand ne dédaignaient pas d'attirer l'attention de leurs nombreux auditeurs sur les plaies chroniques, les ophthalmies, les blennorrhagies, les abcès, les difformités, le cancer de la face, etc. Ils purent même ainsi retirer de beaux travaux sur la *réunion immédiate*, les *restaurations de la face*, la *formation des inodules*, l'*orthomorphie*, les *maladies de l'encéphale*, les *pertes séminales*, les *lésions des organes urinaires*, et plusieurs autres ouvrages qui n'ont pas moins contribué à l'instruction clinique qu'à la gloire de leurs auteurs.

Cette observation large et savante permet d'éviter les graves inconvénients de la *répétition* obstinée de *quelques sujets cliniques.* Puissant par la tête et le cœur, Delpech savait trouver dans tous les cas morbides des réflexions

importantes et des leçons variées. Ainsi, M. Serre a pu dire de son illustre prédécesseur : « Après avoir entendu avec intérêt l'habile chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu de Paris, nous avons pu écouter avec fruit le chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Eloi (1). »

Arrivant dans ces asiles consacrés par la philanthropie au soulagement des êtres souffrants, M. Serre ne voyait parmi eux que des malades et n'établissait jamais de distinction que réprouvait son sacré ministère. Age, sexe, condition, opinion, religion, tout s'effaçait devant ses yeux : à cette hauteur de la sagesse, les hommes sont tous frères par la tête et par le cœur. Appelé avec instance auprès d'un haut personnage, Boudou continue sa visite ordinaire des malades de l'hôpital : messages réitérés et même menaçants de la part du riche client. Arrivé enfin auprès de ce dernier, qu'il trouve fort courroucé de ce qu'on ose lui préférer des manants : *Ces manants-là sont pour moi des hommes*, lui répond aussitôt le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Il ne suffit pas au chef de service de conseiller des remèdes, de dicter des formules; il doit encore s'assurer de l'exécution exacte de ses ordres. Quand on a longtemps vécu dans les hôpitaux, on sait, MESSIEURS, que l'accomplissement des prescriptions est environné d'obstacles infinis (2) : introduction furtive ou trafic d'aliments de la part des infirmiers, des malades eux-mêmes ou de leurs parents; négligence ou changement des ordonnances ; impossibilité d'administrer certains médicaments déjà connus ou nouveaux, etc. Et alors un ulcère syphilitique ne guérit pas parce que le sujet a feint de prendre

(1) Eloge du professeur Delpech. Montpellier, 1834, p. 58.

(2) Baumes, Méthode de guérir, etc.; Montpellier, 1794, pag. 270.

des pilules qu'il n'a point avalées; un blessé ou un amputé succombe à une indigestion d'aliments frauduleusement procurés à ce malheureux ; un changement survenu dans un état morbide est rapporté à un remède qui n'a pas été employé..... Figurez-vous, MESSIEURS, un professeur discourant sur les heureux effets du lait prescrit seul et en abondance à un hydropique auquel des élèves ont vu procurer une livre de biscuits par jour! Quels doutes fâcheux ne conçoit-on pas à la lecture des mémoires consignés chaque jour dans les journaux, lorsqu'on sait que, pendant plusieurs mois, un chef de service a été dupe de sa prédilection pour la codéine contre la dysenterie, alors que ses cures s'étaient effectuées sous l'influence de la morphine, dont l'infériorité était pompeusement comparée à la supériorité supposée d'un médicament prescrit, mais non administré! Quel désappointement n'éprouve pas, en présence de ses élèves, le chirurgien en chef qui retrouve dans la couche du malade les pilules de ciguë auxquelles il avait rapporté une cure retentissante! C'est là, n'en doutons pas, l'une des raisons de la différence des résultats annoncés ou obtenus en des lieux différents, dans les hôpitaux et la pratique civile : de là, l'inanité de tant de publications cliniques.

Ces infractions sont sans doute graves pour les malades, pour la science et pour l'enseignement clinique. Il est un autre inconvénient non moins sérieux, parce qu'il retarde, j'en suis convaincu, la cure de plusieurs lésions fréquentes et communément incurables. L'observation et le raisonnement apprennent que le cancer, par exemple, est au-dessus de la puissance de nos préparations médicinales actuelles. L'histoire nous fait connaître les essais nombreux et variés auxquels beaucoup de médecins se sont livrés pour combattre cette terrible affec-

tion morbide. Storck et Frère Côme vantent la ciguë, Lefebvre et Justamond l'arsenic, Ullmann et M. Magendie l'iode, Reichenbach et E. Græfe la créosote, etc., etc. Ces sentiments contradictoires sur de tels remèdes ne tendraient-ils pas en partie au défaut de soins et d'exactitude dans leur emploi? Leur inefficacité serait-elle, du reste, constatée par des médecins aussi compétents que l'illustre professeur Baumes, qu'il serait encore du devoir d'un chef de service de persévérer dans cette voie rationnelle d'investigations thérapeutiques. Il n'est que trop avéré que l'instrument tranchant est une ressource extrême et ordinairement palliative des altérations cancéreuses. Supposez, Messieurs, que, pendant dix siècles, on ne quitte pas cette méthode de traitement depuis si long-temps en usage, et pendant dix siècles l'humanité aura à gémir de cette incurie médicale. N'est-il pas évident que l'indication majeure à remplir dans ces cas est de modifier le vice interne dont l'économie est entachée? Et cependant, si un individu se présente dans les salles d'un hôpital, il ne peut espérer que l'application des moyens mécaniques, et cette ressource étant impraticable, il se voit abandonné sans espoir aux progrès du mal qui le dévore, dans un asile où semble reproduite pour lui cette pensée désolante inscrite par Dante sur la demeure des réprouvés :

Lasciate ogni speranza voi ch' intrate.

Aux praticiens des hôpitaux surtout est réservé de faire disparaître ces graves imperfections de la thérapeutique. Entourés de nombreux sujets affectés de maux jusqu'ici incurables, ils doivent poursuivre avec persévérance des essais prudents que réclament la science et la philanthropie. Des efforts constants mais infructueux ne sont jamais perdus; ils éclairent et simplifient la

route que d'autres parcourront avec plus de bonheur. Toutefois, que tout chef de service s'y attende; il aura des répugnances, des habitudes, des obstacles variés à vaincre. Qu'il s'assure, par tous les moyens possibles, de l'exécution exacte de ses prescriptions; alors seulement ses tentatives seront profitables à la science et à l'humanité.

Méfiez-vous, Messieurs, de cette doctrine, qui, considérant les moyens mécaniques et sanglants comme les plus efficaces de la thérapeutique, voudrait y soumettre toutes les lésions; qui s'afflige de ne pouvoir toujours porter des topiques ou le fer sur les parties profondément situées; qui enfin croit plus dangereuse l'action lente des médicaments que celle du couteau. Si l'exagération d'une thérapeutique arabiste est capable de conduire l'art à l'empirisme du médicastre, la manie instrumentale est bien plus blâmable encore et pour les malades et pour l'enseignement clinique. Serait-il donc à regretter d'avoir fait disparaître des tumeurs, des ulcères, des altérations organiques diverses, à la faveur de préparations médicinales ou de simples topiques, et non par le fer ou le feu? Que le professeur de clinique évite les écueils dont l'émulation ou la rivalité environne les hommes placés à la tête de vastes hôpitaux. Afin d'acquérir la réputation parfois si mal fondée de grand chirurgien, on tente trop souvent des opérations blâmables, parce qu'un émule, un chirurgien fameux s'est livré à de telles entreprises. Mott lie le tronc brachio-céphalique, Stévens la pelviaire, Gibson l'iliaque primitive; A. Cooper, James d'Exeter et Murray ne reculent pas devant la ligature de l'aorte abdominale! Lisfranc prétend avoir réséqué souvent et avec succès le col de l'utérus, et alors c'est à qui l'imitera, le surpassera même, jusqu'à extirper la matrice

entière! En de vastes hôpitaux, n'a-t-on pas permis au docteur Louvrier de rompre les membres d'individus atteints d'ankyloses à l'aide d'une machine de la force de quatre chevaux! Naguère n'a-t-on pas, au sein d'un congrès scientifique, approuvé la double section des pubis et des ischions pratiquée sur une femme en travail par Galbiati! Hier encore, n'avez-vous pas appris qu'on avait extirpé les deux os sus-maxillaires atteints de cancer chez un malheureux vieillard!

Quelle triste énumération n'aurais-je pas à vous faire, Messieurs, s'il fallait vous rappeler les entreprises téméraires et variées dont je vous ai ailleurs entretenus (1)! Quel long martyrologe j'aurais à vous signaler!..... En faveur de pareilles folies, on répond, il est vrai, avec Celse, que les malades étaient perdus sans ces ressources mécaniques : *Melius anceps experiri remedium quàm nullum;* précepte anti-médical, inhumain, et que M. Serre réprouvait. Pour l'avoir suivi, le professeur Roux s'adressait comme un reproche cette belle pensée de notre Voullonne : « L'art n'est point fait pour empêcher les malades de mourir des mains de la nature, en les égorgeant de ses propres mains! »

Après avoir vainement employé les médicaments et les topiques, le clinicien est souvent obligé de mettre en œuvre l'instrument tranchant. Sa dextérité naturelle, ses études antérieures sur le cadavre, sa pratique journalière ne lui suffisent pas quand il s'agit d'entreprendre une opération difficile, fort dangereuse ou insolite. Les talents les plus heureux s'affaiblissent, si l'exercice ne vient les raviver; l'habileté du musicien, du peintre ou du statuaire s'engourdit, si elle n'est entretenue par des

(1) Chirurgie conservatrice; Montpellier, 1850.

travaux répétés; et celle du chirurgien le plus haut placé est sujette à ces inconvénients de la fragilité humaine. Quand l'artiste qui veut donner la vie au marbre ou à la toile s'y rend apte à la faveur d'exercices longs, spéciaux, incessants, ne doit-il pas imiter un aussi salutaire exemple celui qui, de ses mains, va bientôt donner la vie ou la mort à un être souffrant? Suivant les beaux exemples de Delpech, de Dupuytren, M. Serre se livrait souvent à des études sur le cadavre avant d'entreprendre une opération majeure ou insolite, et donnait ainsi à ses disciples une des plus utiles leçons. Un jour que Desault s'adonnait à ces essais dans l'amphithéâtre, devant des élèves et des médecins étrangers, certains des assistants manifestèrent de l'étonnement de cette précaution de la part d'un chirurgien si célèbre. Saisi alors d'un juste ressentiment : « Vous êtes étonnés, s'écrie Desault, de » me voir exercer à une si grande opération! Mais ne » savez-vous pas que tous les jours les histrions se livrent » à des études longues avant de venir vous amuser sur la » scène; et vous trouvez surprenant que je me prépare » aussi quand il s'agit d'une entreprise d'où dépend la vie » d'un de vos semblables!..... »

Arrêtons-nous ici, Messieurs; la tâche est assez difficile pour l'esprit le plus vaste et pour l'organisation la plus heureuse. Vous qu'anime la noble ambition du professorat, voyez quels rudes devoirs il impose. Rappelez-vous Ch.-L. Dumas, A. Broussonnet, Draparnaud, Grimaud, Pétiot, Fages, F. Bérard, Anglada, Dugès, d'Amador, et M. Serre, malgré sa robuste complexion (1), s'éteignant à la fleur de leur vie! C'est que, jalouse même

(1) M. le professeur Serre est mort le 21 mars 1849.

de ses favoris, la science absorbe sans pitié les plus actives et les plus nobles intelligences : comme Saturne, elle dévore ses enfants !

Nous venons de signaler d'un coup-d'œil philosophique les qualités et les devoirs du professeur de clinique chirurgicale. Pour esquisser un tel caractère, nous avons dû emprunter nos traits aux Maîtres qui ont illustré l'enseignement dans cette Faculté, et particulièrement à celui dont nous devons continuer les travaux. Quel être humain pourrait posséder entièrement ces perfections idéales que la flatterie s'efforce en vain d'accorder à un seul personnage? N'est-ce donc pas d'assez beaux, d'assez difficiles modèles que Fages, Delpech et M. Serre, pour celui qui aspire à ne pas s'endormir dans un rang indigne de ces habiles prédécesseurs? Puissions-nous les imiter, et mériter qu'applaudissant aux efforts soutenus de leurs disciples, les mânes de ces grands cliniciens répètent avec vous : *Spes altera Romæ !*

ARTICLE II.

PERFECTIONNEMENT A INTRODUIRE DANS L'ÉTUDE ET L'ENSEIGNEMENT DE LA CHIRURGIE CLINIQUE.

La clinique a pour but d'apprendre et d'enseigner l'état et le traitement de l'homme malade. Elle constitue l'application et le critérium des théories médicales dont l'imagination tend trop souvent à se contenter ; elle doit faire descendre l'esprit de ces hautes conceptions aux exigences de la réalité, et former enfin des praticiens. Ce n'est plus dans les libres leçons des cours didactiques, dans les paisibles travaux du cabinet, dans les faciles lec-

tures des livres scolastiques, que cet enseignement s'établit; c'est dans la fatigante fréquentation des hôpitaux, auprès du triste lit des malades, que se fait cette initiation directe aux secrets de la pratique médicale.

Mais à cet égard, comme en beaucoup d'autres objets, l'utilité, la nécessité de ce mode d'enseignement ont été lentement comprises et réalisées plus difficilement encore. Les institutions, les coutumes ou l'ignorance des peuples, les difficultés matérielles, ont empêché, contrarié son établissement. Le premier et le plus ancien moyen offert aux études cliniques fut l'exposition des malades sur les chemins, les rues, où les passants étaient religieusement obligés de les examiner et de leur donner des conseils dictés par la pitié, par l'empirisme grossier plutôt que par la connaissance réelle du mal et du remède. Cet esprit religieux détermina les malades à se rendre dans les temples, où l'affluence des croyants, la foi en la divinité, et plus encore l'instruction de ses ministres, leur fournissaient plus de secours et plus d'espérances. Là, couchés dans les temples, soumis pendant leur séjour ou *incubation* à l'examen des prêtres ou des néophytes, les malheureux présentaient des sujets journaliers d'instruction pratique; et leurs modes de guérison, inscrits ensuite sur des pierres votives, offraient de précieux enseignements, conservés et transmis dans les familles sacrées (1). Ainsi, l'illustre famille des Asclépiades nous montre une succession d'habiles médecins formés dans les temples de Cos; et ceux de Gnide, d'Epidaure, de Delphes, d'Ephèse, de Délos, et cent autres, procuraient les mêmes avantages aux disciples d'Apollon et d'Esculape. Là, dans le redoutable sanctuaire des temples, après avoir subi les épreuves téné-

(1) Hundermarck, *Liber singularis*, *etc.*, 1649.

breuses d'une terrible initiation, protégés d'un langage allégorique (1) et de l'ignorance du vulgaire, les prêtres et les néophytes se communiquaient les secrets de notre art, et se livraient même à des études qu'il eût été dangereux et malhabile de dévoiler aux profanes.

Toutefois, ces moyens d'instruction étaient insuffisants; les malades ne séjournaient pas assez dans les temples; la marche et la terminaison des lésions morbides étaient rarement observées; les moyens thérapeutiques étaient trop imparfaits. Aussi le Père de la médecine conseille-t-il à ses disciples de voyager, afin d'étendre et de multiplier les moyens d'étudier la médecine pratique, d'aller dans les lieux où se trouvent ces précieux matériaux d'instruction. Afin de montrer par son exemple la nécessité de ce précepte, l'oracle de Cos visita les principales villes de la Grèce, de l'Asie et de l'Egypte. Quoique dominé par son imagination orientale, Galien se conforma long-temps au précepte du Père de notre art, et en vanta l'excellence; cependant il contribua bien moins à répandre cette utile coutume que l'amour des subtilités scolastiques jusqu'en ces derniers siècles. Durant le moyen-âge, l'éducation clinique se bornait à l'empirisme ignorant des léproseries, des couvents, des monastères. Aussi, vers le milieu du XVII[e] siècle, Th. Bartholin conseille-t-il à son fils d'aller visiter ces lieux répandus dans toute l'Europe, afin d'y puiser des notions pratiques dont il sentait l'indispensable utilité (2), et qu'il s'était vainement efforcé de répandre par l'essai avorté d'une clinique dans un hospice (3). Dans les temps modernes, différentes tentatives, souvent infructueuses,

(1) E. Salvette, Sciences occultes, 2[e] édit., chap. X, 1843.

(2) *De peregrinatione medicâ*, 1674.

(3) *Bonh. de officio medici*, *etc.* Leips. 1704, p. 14 et 15.

ont été faites pour procurer aux études médicales le caractère pratique dont on sentait de plus en plus le prix. L'accès des hôpitaux étant interdit ou fort restreint, on eut recours à divers moyens détournés pour approcher du but désiré. Parvenus au terme de leurs études scolaires, les élèves se rendaient dans les petites localités pour y tenter l'application de leurs connaissances théoriques ; et après un certain temps, les licenciés obtenaient le grade de docteur et la faculté d'exercer dans certaines villes. Combien devait être difficile et périlleuse cette éducation dépourvue de guide éclairé au lit des malades !

En d'autres circonstances, des docteurs logeaient et donnaient des leçons à des élèves qu'ils conduisaient auprès de leurs malades : ainsi Fitz-Morice présidait d'une manière toute paternelle à l'instruction de quelques jeunes gens, parmi lesquels Jean-Jacques vint se ranger durant peu de mois. Mais trop souvent ces maîtres se bornaient à des cours théoriques, et les sujets faisant défaut à leur instinct pratique, ils imitaient la conduite du professeur Fitz-Gérald, dont notre Bordeu raconte la singulière clinique (1). Plus tard, les médecins de l'œuvre de la Charité, renouvelant les usages des Romains au temps de Simmaque, amenaient auprès de leurs pauvres clients des élèves auxquels ils montraient leur manière de traiter les maladies. Cependant les hôpitaux n'étaient pas entièrement fermés à l'instruction de la jeunesse ; les médecins de ces établissements permettaient à quelques étudiants de suivre leurs visites moyennant salaire. Mais quel enseignement restreint que celui où le praticien se bornait à prescrire force vomitifs ou force purgatifs à des rangs entiers de malheureux, et presque indistinctement ! Vous vous rappelez sans doute l'histoire

(1) OEuvres complètes, p. 995, édit. 1818.

du professeur Sérane, que Bordeu nous montre émétisant tous ses malades de l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, au moins tous les deux jours, et qui ne sut plus rien ordonner dès que son fils lui eut fait craindre la rupture des petits vaisseaux de l'estomac par l'administration des vomitifs (1).

Telles étaient les faibles ressources à l'aide desquelles certains élèves, nourris de subtilités scolastiques, apprenaient à lire dans le grand livre de la nature. Le besoin d'études plus directes se faisait tellement sentir vers le milieu du dernier siècle, que les hôpitaux s'ouvrirent en plusieurs pays à la jeunesse studieuse. L'Allemagne donna le premier exemple de ces heureuses innovations sous l'impulsion de Boërhaave, Van-Swiéten, De Haën, Franck, etc. L'Italie ne tarda pas à imiter de pareilles institutions, où Lancisi, Valsalva et Tissot s'immortalisèrent. La France eut besoin d'une grande révolution politique pour entrer dans cette voie de perfectionnement.

L'établissement des cliniques s'est opéré suivant deux méthodes ou deux plans différents. Dans le premier, qui mérite la dénomination de *mode passif*, la plupart des élèves sont simplement observateurs, et ne participent pas autrement aux travaux du chef de service, qui traite les malades et en rend un compte oral, soit auprès des lits, soit en plein amphithéâtre. Cette méthode est adoptée en France, en Angleterre, en Espagne, et dans la plupart des pays civilisés. La seconde méthode consiste à faire observer et traiter les malades par les élèves instruits, sous l'inspection du professeur qui dirige, corrige ou approuve la conduite de ses disciples, auxquels il communique ses réflexions dans des leçons particulières. Institué par Tissot et J. Franck, ce *mode actif* est suivi en presque toutes les universités de l'Allemagne,

(1) Œuvres complètes, p. 794.

de la haute Italie; le professeur Schützenberger vient de l'introduire dans la Faculté de Strasbourg. Examinons les avantages de ces deux méthodes d'enseignement pratique.

En supposant que les jeunes gens se rendent régulièrement aux hôpitaux, ce qui est assez rare, ils se bornent pour la plupart à rester quelques instants autour d'un lit où un cas clinique grave attire leur attention. Recueillant rarement des détails suivis touchant l'histoire des malades, ils se bornent le plus souvent à écouter l'examen rapide du chef de service, à voir ses explorations, ses manœuvres opératoires; enfin, ils se rendent dans l'amphithéâtre où ils écoutent les réflexions du professeur sur des sujets que fréquemment ils ne connaissent pas. Trop de fois, en effet, ils se contentent de suivre de temps en temps les visites, d'assister seulement aux leçons cliniques, espérant trouver un camarade complaisant qui leur laissera copier des observations auxquelles ils n'auront pas eu d'autre participation : ainsi est éludé le stage dans les hôpitaux exigé par les règlements universitaires. Aussi, à part un petit nombre de disciples qui ont fait des pansements et aidé le chef de service dans le manuel opératoire, le plus grand nombre n'a retiré qu'un bénéfice fort léger de l'enseignement pratique. Aussi, lancé dans la clientèle, après avoir satisfait aux conditions académiques, le jeune médecin est obligé de faire un nouvel et pénible apprentissage de son état. Beaucoup d'entre eux promettent de se livrer aux études sérieuses des hôpitaux dès qu'ils se seront délivrés de tous les examens exigés pour le doctorat. On conçoit, en effet, avec le mode suivi actuellement dans les institutions médicales en France, combien les travaux théoriques l'emportent sur ceux de la pratique.

Après avoir consacré plus de dix ans aux études littéraires et aux sciences naturelles; après avoir obtenu les grades de bachelier ès-lettres et ès-sciences, le jeune étudiant est encore obligé d'employer au moins la première des quatre seules années destinées à la médecine, à la culture de la chimie, de la physique et de la botanique. Les deux années suivantes doivent être données à l'anatomie et à la physiologie, et la quatrième n'est pas encore exclusivement accordée à la science de l'homme malade; car plusieurs autres parties de la médecine doivent fixer l'attention du candidat à l'une des plus difficiles et des plus graves professions! Bien plus, maintenant le candidat au doctorat doit subir presque tous ses examens au moment d'obtenir le titre désiré: ainsi, pendant la dernière des quatre années censément consacrées à la science de l'homme, le jeune étudiant doit accabler sa mémoire de physique, chimie, botanique, histoire naturelle, pharmacologie, anatomie, physiologie, hygiène, médecine légale, matière médicale, etc.! Que peuvent donc devenir les études cliniques au milieu de cette masse de connaissances exigées? Des efforts de mémoire remplacent des efforts de jugement, et le licencié soupire après le moment où, débarrassé de ses manuels et de ses examens, il pourra se livrer sérieusement à l'étude de la difficile et longue profession pour laquelle il a fait tant de sacrifices.

Le vice des méthodes est jugé par ses résultats: si le jeune docteur est obligé de se soumettre à une nouvelle éducation, c'est que la première n'était pas convenable. Il faut que, s'engageant sans maître dans la carrière de la pratique, le nouveau médecin continue ses exercices scolastiques; il faut, enfin, qu'il en soit de la clinique comme de l'anatomie et des opérations. Quel profit retirerait-on de

l'inspection momentanée de dissections faites par certaines personnes sans y participer directement soi-même? Autre chose est d'interroger soi-même un malade, de déterminer le diagnostic, d'établir les indications thérapeutiques, de formuler et d'appliquer les moyens thérapeutiques, et de se borner à voir ces soins remplis par un chef de service. Les connaissances, l'expérience de ce dernier, lui permettent d'adresser aux malades un petit nombre de questions dictées par l'inspection générale du sujet et l'habitude clinique; mais il faut s'exercer beaucoup à ces sortes d'explorations avant de les faire avec méthode et succès, afin de ne pas multiplier des questions inutiles, de ne pas oublier des demandes importantes, de former un diagnostic complet.

Le diagnostic clinique est bien différent de celui que les ouvrages scolastiques comportent. Ici, il s'agit de déterminer les caractères d'une lésion morbide considérée d'une manière abstraite, et à peu près constamment la même. A ce point de vue, le diagnostic d'une pleurésie ou d'un anévrysme paraît complet et assez facile dans les ouvrages dogmatiques; il est loin d'en être de même dans les hôpitaux. Là, en effet, il faut établir la connaissance, non d'une maladie, mais d'un malade, ce qui est fort différent, car les individualités ou les cas cliniques sont très-mobiles et très-variés; aussi nous ne craignons pas de soutenir que rarement le praticien parvient à obtenir une notion entière de l'état morbide ou du sujet qui lui est confié. Que de conditions diverses dans les antécédents et la pathogénie! Combien de particularités ne présente pas chaque individu! Et l'influence réelle des remèdes employés, qu'il est difficile de bien l'apprécier! En présence de ces difficultés de l'observation clinique, peut-on admettre que

l'inspection légère et trop de fois irrégulière à laquelle se livrent actuellement les étudiants en médecine, soit capable de les former convenablement à la pratique de notre art? Non, certainement : cette méthode est donc bien inférieure au *mode actif* dans l'enseignement des hôpitaux.

Ce dernier mode doit être mis en œuvre dans *l'intérêt des malades*. Si les jeunes gens comprennent bien leurs devoirs et leurs intérêts, les sujets soumis à leurs soins seront mieux étudiés, mieux connus ; les confidences des malades seront plus intimes, l'examen sera répété souvent et même plusieurs fois par jour. Quelle que soit l'attention du chef de service, il peut et doit fréquemment ignorer certaines particularités, utiles sinon au traitement, du moins à la notion complète du mal, et telle que doivent l'exiger des travaux scientifiques. C'est parfois un étranger qui fait remarquer au superbe habitant d'une capitale les beautés ignorées de certains monuments. Nous avons vu plus d'un célèbre chirurgien éviter des méprises cliniques, grâce aux remarques d'un aide intelligent.

Lorsque les élèves ordinairement chargés de panser les malades ont à placer un grand nombre de topiques, la monotonie des manœuvres attiédit leur zèle et rend leur inexactitude bientôt inévitable. Si, au contraire, peu de sujets sont confiés à chacun d'eux, les soins seront mieux appliqués. L'élève portera plus d'intérêt à un individu dont le traitement lui sera en quelque sorte soumis. Les malades seront plus assurés de recevoir tous les soins ordonnés par les médecins auxquels ils sont confiés, quand un élève spécialement attaché à leur personne veillera à l'exécution exacte des prescriptions. Il en résultera cet avantage inappréciable de l'administration

régulière des médicaments prescrits, une guérison plus probable et des notions thérapeutiques moins incertaines.

Le mode actif de l'enseignement est surtout *dans l'intérêt des élèves* eux-mêmes. Depuis que les esprits plus sévères sont davantage ramenés à la culture expérimentale des sciences, l'on ne se contente plus des lectures ni des cours théoriques de physique, chimie, botanique, matière médicale, opérations, etc. Il faut des démonstrations, des faits qui frappent les sens avant de parvenir à l'esprit; on veut même que l'étude de ces sciences se fasse directement, et que les disciples prennent une part directe aux expérimentations. La médecine pratique vit surtout de ce genre d'études : c'est un empirisme raisonné; et malheureusement l'homme a besoin d'apprendre directement les choses les plus simples. Connaître les caractères du pouls, de la chaleur, de la langue, des urines et de tous les symptômes; distinguer les cas les plus ordinaires, les maladies les plus concrètes; déterminer les indications les plus patentes, les remèdes les plus communs, les formules les plus simples; appliquer un topique, des sangsues, une bande, une épingle : tout veut être étudié et mis en œuvre d'après des conditions propres, avant que l'on puisse le faire soi-même et sans guide.

Comment être habile en auscultation, si l'on ne s'est livré à cette espèce d'exploration clinique sous la direction d'un homme qui a souvent corrigé les erreurs inévitables de votre ouïe inexpérimentée? Comment effectuer convenablement la mensuration du tronc ou des membres, si l'on ne s'y est exercé sous un maître éclairé? Comment diagnostiquer sûrement dans sa clientèle, si l'on ne s'y est long-temps préparé pendant son éducation clinique? Il faut donc s'exercer à tout dans l'observation et le trai-

tement des malades, et le mode actif de l'enseignement est seul capable de procurer un tel avantage.

A la faveur de cette méthode, le jeune disciple apprendra beaucoup plus de faits et beaucoup moins de mots; son esprit aura présents bien plus de cas cliniques que de descriptions dogmatiques : ainsi, ses études de pathologie seront moins fugitives et plus rapides. Combien, en effet, la connaissance première des maladies serait obtenue facilement, si les élèves étudiaient leurs ouvrages élémentaires au lit des sujets dont les cas cliniques ont été déterminés par le chef de service! Pourvus ainsi de ces notions essentielles, ils retireraient bien plus de fruits des cours théoriques et de la lecture des ouvrages estimés.

Après avoir établi le diagnostic d'un état morbide et les indications thérapeutiques suivant la méthode que nous préconisons, l'étudiant en médecine devra signaler les moyens, formuler les prescriptions et appliquer les remèdes. Arrivé ensuite dans sa pratique particulière, il ne montrera pas aux malades et aux assistants l'embarras que trop de fois les jeunes docteurs éprouvent actuellement au début de leur carrière. L'histoire nous montre Haller, Barthez, Dugès et plusieurs autres savants médecins, auxquels une sensibilité extrême ne permettait pas de se livrer à l'exercice des opérations, et pour qui la vue du sang humain était un sujet de perturbations morales inévitables. Voudrait-on en conclure que certains médecins doivent se dispenser d'être capables de pratiquer les opérations de la chirurgie ministrante? Mais d'abord ce que nous avons vu, nous prouve que l'on a exagéré les dispositions de Dugès pour l'exercice de la chirurgie; et les nombreuses expériences sur les animaux auxquelles Haller se livra pour composer sa petite ou sa grande

Physiologie, nous donne à penser que l'exagération n'a pas été moindre pour le physiologiste de Bâle, comme pour Schiller, Herder et Barthez lui-même! Du reste, quand on se destine à la pratique de la médecine, il faut se rendre apte aux opérations de la chirurgie ministrante. Trop de malades, dans les petites localités, ont été victimes de l'inhabileté de médecins qui ne savaient point exercer la phlébotomie ou l'artériotomie, l'hémostasie, dont la nécessité était urgente. On n'aura plus de tels malheurs à déplorer, quand les élèves se seront livrés à ces manœuvres thérapeutiques pendant leur éducation médicale.

Si les élèves continuent à parcourir les salles d'un hôpital en donnant un coup-d'œil rapide à un grand nombre de malades, ils continueront aussi à regarder sans voir, sans étudier, sans savoir. Chargés, au contraire, de donner les soins du praticien à quelques sujets seulement, ils concentreront leur attention et leurs recherches sur un petit nombre de cas cliniques et apprendront sûrement leur profession future. Ainsi, présents chaque jour aux lits de leurs clients, ils ne transformeront pas une visite d'hôpital en une sorte de promenade; ils assisteront aux visites et aux leçons, sans jamais séparer ces deux parties de l'étude et de l'enseignement cliniques: ainsi, ils apprendront à rédiger des observations sévères et complètes, au grand avantage de la science et de leur propre instruction.

Le mode actif doit être mis en œuvre dans l'*intérêt de l'enseignement* lui-même. Il établit entre le maître et le disciple une intimité plus grande, une union d'intérêts plus favorables aux progrès des études. Une foule d'incertitudes, de notions obscures, sont ainsi journellement dissipées dans l'esprit du jeune observateur. Si l'étude en

a été plus aisée pour le disciple, l'enseignement le devient aussi pour le professeur, qui peut confier à des aides instruits beaucoup de soins minutieux auxquels son attention pourrait ne pas suffire constamment. Enfin, de ce contrôle réciproque doivent résulter une grande publicité et toute l'authenticité désirable touchant les résultats obtenus dans les travaux cliniques.

En mettant en œuvre le mode d'enseignement que nous nous efforçons d'organiser dans notre Hôtel-Dieu, les universités d'Allemagne obligent les professeurs à faire leurs leçons autour du lit même des malades, et nullement dans un amphithéâtre particulier, comme cela se pratique en France. On corrige, il est vrai, ce que cette coutume pourrait avoir de fatigant ou de pénible pour les malades, en faisant ces dissertations en latin. Dans nos cours scolaires, cette dernière langue n'est pas employée; mais il nous semble que l'on peut éviter de dévoiler aux malheureux la gravité des maux qui les affligent, en se bornant à faire rendre un compte succinct du cas clinique à l'aide chargé de ce soin. Après avoir émis quelques réflexions sur ce sujet, le professeur doit, dans un local particulier, faire part à ses auditeurs de ses réflexions, de ses craintes, de ses incertitudes, de la confiance qu'il met dans les ressources actuelles de l'art.

Une dernière considération nous fait préférer le mode actif de l'enseignement clinique: c'est l'occasion ainsi procurée aux élèves de *composer des thèses* utiles à la science et à leur propre réputation. Trop long-temps éloignés des hôpitaux ou y faisant des études très-superficielles, les candidats au doctorat choisissent rarement leur sujet de dissertation inaugurale plusieurs mois d'avance. Ordinairement pressés d'en finir avec leurs nombreux examens théoriques, ils arrivent au terme de

leur scolarité, sans avoir fixé leur attention sur aucune question particulière. Le temps s'écoule cependant; il faut présenter une thèse, et alors des plumes complaisantes viennent en aide, ou des articles de Dictionnaire paraphrasés satisfont aux exigences universitaires.

Si les élèves s'adonnent à ce mode actif dans les hôpitaux, ils attacheront de bonne heure leur esprit et leurs travaux à certains cas cliniques dont l'histoire ou le traitement offre encore des difficultés à dissiper. Ainsi, ils exerceront, avec le temps et la réflexion voulus, leur jugement pratique, et composeront des dissertations dignes d'un médecin et de la Faculté qui leur accorde l'honorable titre ambitionné depuis bien des années. Combien de recherches cliniques n'a-t-on pas à faire touchant le traitement médicinal du cancer, des exostoses, des tumeurs blanches, de la cataracte, de l'amaurose! Quels perfectionnements ne demande pas la thérapeutique quant à la fistule lacrymale, les ophthalmies, les lésions de la matrice, etc.!

A l'œuvre donc, jeunes gens! Sortez de l'ornière où vous restez contre votre intérêt et celui de notre art. L'éducation médicale d'autrefois ne suffit plus maintenant; et puisque la science marche, montrez-vous à la hauteur de votre âge et de votre temps.

ARTICLE III.

DES BRULURES.

Bien des cas de *brûlures* se sont offerts dans notre service : l'un appartenait à un militaire robuste, dont le membre supérieur droit avait subi l'effet d'un bouillon

en ébullition, qui avait produit une lésion de toute la surface de ce membre, et avec une intensité différente sur plusieurs points; un deuxième cas avait pour sujet un autre soldat lymphatique et assez faible, chez qui le dos du pied gauche avait été escharifié par du plomb fondu; chez un troisième, le dos de la main droite était le siége d'une semblable lésion; un quatrième avait une brûlure à la face externe de la cuisse droite; d'autres faits présentaient des brûlures légères ou déjà cicatrisées.

Nous avons saisi cette occasion pour exposer, à la *clinique*, nos idées sur les brûlures, d'après les principes de notre Ecole. Nous y avons rappelé les leçons particulières que nous faisions depuis plusieurs années sur le même objet, et dont certains de nos élèves ont profité dans leurs dissertations inaugurales; nous allons même reproduire, dans ces leçons, les notes que nous leur avons transmises.

Les auteurs ont admis plusieurs espèces de ces lésions violentes; mais ils sont loin de s'accorder sur le nombre de ces distinctions. Ainsi, Heister et Callisen avaient déjà fait une première classification des brûlures, classification dans laquelle ils reconnaissaient quatre degrés ou espèces de brûlures: la rougeur, les phlyctènes, les eschares et la carbonisation. Boyer admet trois degrés de la même altération traumatique, sous les noms de rubéfaction ou inflammation analogue à celle de l'érysipèle, phlyctènes et ulcères de la peau, mortification (1). Tout en signalant aussi trois espèces ou degrés de brûlures, le professeur Delpech diffère un peu de l'auteur du *Traité des maladies chirurgicales*, car il établit comme distinctions fondamentales de ces lésions: 1° la rubéfaction, 2° la mortification immédiate, 3° la mortification

(1) Traité des mal. chir., édit. 1844, T. Ier, pag. 598.

consécutive (1). Dupuytren, à son tour, a préconisé une classification de brûlures en six degrés, qui a eu trop de retentissement pour n'être pas mentionnée ici (2); ce praticien célèbre compte parmi ces degrés de brûlures : la rubéfaction, la vésication, la destruction des corps muqueux, la destruction de toute l'épaisseur de la peau, celle des muscles, enfin la carbonisation complète du membre. M. Marjolin signale seulement deux degrés : l'inflammation et la production d'eschares (3).

Dans l'édition récente de l'ouvrage de l'illustre Boyer, le fils de cet auteur rejette toute division d'après le degré de la désorganisation locale; mais, prenant pour base de ses distinctions la durée de l'action du feu, il établit trois modes d'action traumatique : la brûlure lente qui a lieu aux mains chez les ouvriers ordinairement rapprochés du feu, chez les femmes qui se servent de chaufferette, chez les vieillards habitués à avoir les jambes près du foyer (4). A ce mode pathogénique, cet écrivain, à l'exemple de plusieurs autres auteurs, attribue la cataracte assez fréquemment observée chez les verriers, les forgerons, les cuisiniers. Le médecin dont nous parlons admet ensuite, comme second mode d'action du feu, la brûlure instantanée, et, comme dernière distinction, les brûlures prolongées.

Ces distinctions des auteurs les plus estimés touchant les brûlures partent de principes différents : les unes sont basées sur la considération de l'étendue des désordres organiques et de la structure des tissus altérés; les autres se fondent sur certains caractères locaux et symptomatiques de ces maladies; d'autres, enfin, ont en vue la

(1) Traité des mal. rép. chir., T. Ier, pag. 109.
(2) Leçons orales, Clinique, T. Ier, pag. 413.
(3) Dict. de méd., art. *Brûlures*.
(4) Traité des mal. chir., notes, T. Ier, pag. 609.

manière d'agir de la cause pathologique. Mais toutes ces appréciations nosologiques sont-elles justes? N'ont-elles pas le tort d'oublier que, la médecine étant l'art de guérir, c'est en vue des indications thérapeutiques que toutes les distinctions doivent de préférence être établies?

La considération des changements éprouvés par les tissus affectés de brûlures est sans doute d'une grande importance; mais elle forme un aspect seul du problème à résoudre. Elle passe sous silence, non-seulement les lésions vitales des organes altérés, mais surtout les modifications éprouvées par l'économie entière.

L'appréciation des deux faces de la question pathologique est cependant indispensable pour avoir une notion satisfaisante du mal, des indications et des moyens thérapeutiques à mettre en usage. Rien ne nous semble, en effet, moins incomplet et moins utile, surtout en pratique, que ces distinctions purement anatomiques des tissus désorganisés. Rarement une brûlure se borne à une seule couche de nos parties, à un seul de nos systèmes d'organes, et presque toujours plusieurs éléments anatomiques sont simultanément intéressés, comme nous l'observons chez un de nos malades. Pourquoi, en outre, faire six degrés de brûlures, et pas davantage? Pourquoi ne pas pousser la rigueur du principe jusqu'à accorder la même faveur nosologique à la lésion des nerfs, des vaisseaux principaux, des plans aponévrotiques, du tissu cellulaire sous-cutané, des enveloppes viscérales, des portions de viscères, des viscères entiers, et d'une foule d'autres parties constituantes du corps humain?

Si donc on prend en considération l'ensemble des caractères qui constituent l'état morbide chez un individu brûlé dans une région du corps, et les principaux éléments des indications thérapeutiques, il conviendra d'é-

tablir, à cet égard, des états douloureux, fluxionnaire, inflammatoire, suppuratif, cicatrisant : ainsi, l'on signale et l'état local et l'état général; ainsi, on désigne les chefs d'indications thérapeutiques.

L'expérience démontre que, toutes choses égales d'ailleurs, la douleur, locale et générale à la fois, forme souvent le caractère principal des brûlures ; qu'elle constitue le danger le plus grand ; qu'elle forme, enfin, le motif essentiel des remèdes à mettre en usage.

Suivant la sensibilité, l'âge ou la force de l'individu qui aura été atteint de brûlure, et souvent indépendamment de la profondeur et des dimensions de celle-ci, les souffrances seront vives ou légères, parfois très-intenses, intolérables, parfois capables d'amener promptement la mort des malades.

Quels que soient, au reste, les caractères des parties désorganisées, la première indication qui se présente, c'est de calmer, de maîtriser, s'il est possible, la douleur : cette première distinction n'est donc pas théorique, mais elle a une importance pratique directe. Nous avons reconnu cet état persistant pendant trois ou quatre jours chez l'un de nos militaires atteint d'une brûlure de la jambe ; aussi l'indication thérapeutique a-t-elle été la même durant ce temps, et les moyens narcotiques ont-ils été employés avec le plus grand avantage. Un des agents puissants pour diminuer ou prévenir la douleur, c'est de soustraire d'une manière continue la partie lésée au contact de l'air. Tel est le but que l'on remplit à l'aide d'une foule de remèdes successivement vantés, et dont nous avons pu essayer l'efficacité : la pulpe de pomme de terre, la farine de froment, l'huile d'olive, le cérat, les onguents, le coton, le collodion, etc., etc. Une autre ressource pour prévenir ou diminuer la douleur et ses suites, quand la

brûlure est peu étendue et qu'on est appelé au moment de l'accident, consiste à déterminer une réfrigération rapide au moyen de l'alcool, de l'éther ou de l'ammoniaque, dont l'évaporation rapide amène un soulagement prompt et considérable.

Ce que nous venons d'établir touchant l'état douloureux, nous pouvons, en quelque sorte, le répéter pour l'état fluxionnaire. L'abord immédiat du sang dans la partie lésée suit bientôt le stimulus qui frappe l'économie et s'accompagne d'un changement dans l'état général de l'individu, de sorte que la considération de la position actuelle du malade et des tissus désorganisés devient majeure alors pour le praticien. L'état inflammatoire mérite de même d'attirer l'attention du médecin; car il constitue un mode d'être très-distinct des brûlures, et par l'état local, et par l'état général.

Si les tissus lésés éprouvent une modification souvent profonde, l'économie entière du malade participe presque toujours du même état pathologique. L'inflammation apporte donc, dans les tissus et dans le corps entier, des changements de la plus haute importance et d'où découle une indication majeure de traitement. Qu'importe alors que ce soit la surface ou la profondeur de la peau, le tissu cellulaire sous-cutané ou les aponévroses que l'agent destructeur ait atteints! Si ces dernières considérations demandent quelques soins particuliers, ce sont là communément des modifications secondaires à l'indication thérapeutique principale: nouvelle raison pour accorder une valeur inférieure à la disposition anatomique des tissus, et l'importance principale, au contraire, aux modifications dynamiques, aux troubles vitaux, généraux et locaux éprouvés par l'économie.

Après l'invasion de l'inflammation, les parties qui doi-

vent être éliminées sont successivement détachées par le travail suppuratif. Alors aussi une nouvelle scène se présente, et il s'agit non-seulement de favoriser la chute des eschares, mais encore de surveiller la manière dont l'économie supporte un pareil travail. Il faut, en effet, s'enquérir des forces de la constitution, et apprécier si elles permettent au malade de résister aux pertes qu'elle entraîne, afin de choisir quelquefois entre le sacrifice d'un membre et les chances d'une suppuration plus ou moins abondante, pendant laquelle le médecin devra soutenir les forces par des remèdes appropriés. Les eschares étant tombées, la suppuration existant depuis un temps assez long, un nouvel acte s'opère : celui de la cicatrisation. Alors aussi les tissus lésés subissent des changements nouveaux ; mais en même temps, ce travail dynamique étant l'effet des forces qu'emploie l'économie, ces forces elles-mêmes en éprouvent une atteinte parfois dangereuse, lorsque la cicatrice à former doit être très-étendue : de-là encore, un état pathologique local et général sur lequel le praticien devra porter toute son attention.

C'est ce que nous avons eu grand soin de faire chez un troisième soldat dont la région pédieuse gauche avait été escharifiée. La faiblesse native du sujet, son tempérament lymphatique, la durée du mal pendant plus de deux mois, l'étendue de la plaie et l'abondance de la suppuration, avaient fortement augmenté la débilité naturelle du malade ; aussi l'avons-nous soumis à un régime succulent analeptique, au vin, aux frictions avec la teinture de quinquina, etc. Grâce à cette conduite et à tous les moyens employés pour réduire les dimensions de la plaie en y attirant la peau voisine, nous avons obtenu une cicatrice sans aucun des dangers imminents qui avaient fait d'abord songer à l'amputation.

A l'époque de la cicatrisation, en effet, comme dans les périodes précédentes, le médecin doit apprécier avec soin si le malade résistera à ce nouveau travail débilitant, s'il ne sera pas nécessaire de soutenir les forces épuisées par le régime analeptique, les toniques et les différents autres moyens; ou bien, enfin, si les forces que nécessite la cicatrisation ne conduisent pas l'individu à un épuisement fatal, cas dans lequel le sacrifice de la partie brûlée devient indispensable. Disons que, tout en accordant une importance méritée par les besoins de la pratique aux distinctions dont nous venons de parler, nous ne rejetons pas celles des auteurs cités précédemment. En effet, l'examen des tissus, les dimensions diverses de la brûlure, méritent sans doute l'attention du médecin; mais elles doivent entrer dans la *description générale* de ces lésions violentes, et non point dans les bases des distinctions cliniques.

ARTICLE IV.

DES MALADIES DE LA PEAU.

De nombreux malades atteints de diverses lésions cutanées s'étant rencontrés dans le service chirurgical de l'Hôtel-Dieu, je me suis empressé de montrer à nos élèves la manière dont ce sujet pratique devait être envisagé. Guidé par les principes de l'Ecole Hippocratique, j'ai reproduit en cette occasion les leçons particulières faites depuis plusieurs années à des disciples dont les dissertations, composées sous ma direction, m'ont largement servi pour rédiger cet article.

Les maladies de la peau sont des altérations des téguments déterminées par des affections morbides de l'éco-

nomie. Si l'on ne trouve point, dans les œuvres Hippocratiques une classification systématique des maladies, du moins on y rencontre plusieurs termes génériques, qui permettent de comprendre comment les médecins grecs groupaient la plupart de ces lésions. Ainsi, les termes de *herpes* ou *dartres*, de *taches*, d'*exanthèmes*, *tubercules*, *tumeurs*, *pustules*, *prurits* ou *démangeaisons*, offrent des appellations propres à autant de groupes différents de lésions cutanées, liées par des analogies tirées le plus souvent de la marche ou de la nature du mal. A cette sorte de classification se rattachait une nomenclature dont les mots ci-dessus nous donnent l'esprit: la dénomination indiquait, en général, le terme le plus saillant, quelle qu'en fût, du reste, la nature.

Ainsi, l'herpès a été désigné de la sorte, à cause de sa propension à s'étendre (ἕρπειν); les taches, du changement de coloration de la peau; *tubercules*, de la forme arrondie et du petit volume de la saillie tégumenteuse; *tumeurs*, de la proéminence plus grande de la peau; *exanthèmes*, de l'aspect d'une sorte de végétation ou efflorescence des téguments; *pustules*, de la présence du pus fourni par la maladie cutanée.

En général donc, la dénomination du genre de lésion cutanée se tirait de la forme matérielle de celle-ci; l'espèce de maladie était désignée par sa marche locale (herpès rongeant, exanthème ulcéreux, ulcère phagédénique, etc.) ou par sa nature. De ces désignations générales données par Hippocrate ou ses successeurs à toutes les maladies ayant le même caractère rongeant, par exemple, on a voulu faire des lésions spéciales: de-là, le nom de dartre esthiomène, d'épinyctide, prurigo, etc.

On n'a pas de peine à reconnaître beaucoup d'analogie entre la nomenclature de Sauvages et celle que nous avons

pu saisir dans les écrits Hippocratiques ; nous y retrouvons, en effet, les taches, les efflorescences ou exanthèmes, les tumeurs, les pustules, les tubercules, les herpès ou dartres. Lorsque Sauvages descend à la nomenclature des espèces morbides, il se sert principalement de la considération étiologique, ou de la nature ou cause interne du mal : ainsi, il distingue les taches ictériques des enfants scorbutiques, celles provenant de brûlures, les éphélides ou rousseurs solaires des femmes enceintes, etc.

Parle-t-il des couperoses, il les distingue en dartreuse, syphilitique, fébrile ; pour les ecchymoses, il désigne les traumatique, scorbutique, etc. Du reste, c'est là le principe qui a dirigé, en général, l'auteur de la *Nosologie méthodique*, où il distingue les espèces de maladies, surtout d'après la cause principale, parce que de cette considération résulte l'indication fondamentale à remplir.

Plus tard, reprenant les travaux des auteurs antérieurs à lui et s'efforçant de donner de la clarté et de la précision aux connaissances pathologiques des anciens, Plenck s'occupa d'une exposition méthodique des maladies de la peau, dans un ouvrage intitulé : *Doctrina de morbis cutaneis, quâ in suas classes genera et species rediguntur* (Vienne, 1776).

L'auteur divise d'abord les altérations cutanées en 14 classes, d'après la forme primitive de la lésion de la peau : on voit facilement que c'est là la base adoptée plus tard par Willam, Bateman et l'école anatomique ou plutôt naturaliste.

Divisant l'histoire des maladies de la peau en deux grandes sections, Alibert range dans la première les *teignes :* la teigne *faveuse*, ainsi appelée à cause de ses croûtes jaunes ; la teigne *granulée*, dont les croûtes forment des grains ou de petits tubercules ; l'espèce *furfu-*

racée, où l'on remarque le soulèvement de l'épiderme sous forme de son ; l'*amiantacée* et la *muqueuse*, ainsi nommées toujours sur la considération de l'aspect des croûtes. La seconde section des maladies de la peau qui atteignent la surface du corps, à part le cuir chevelu, comprend les dartres *furfuracées*, *squameuses*, *crustacées*, *rongeantes*, *phlycténoïde*, *pustuleuse*, *érythémoïde*. Parmi les *éphélides*, nous remarquons la dénomination scorbutique, et parmi les maladies syphilides et les cancroïdes, une indication de la nature du mal.

Avouons-le sans peine, cette classification ou cette nomenclature toute pittoresque séduit au premier abord; elle a paru bien préférable à celle proposée long-temps après par le même auteur. Rappelons-nous cependant qu'elle désigne simplement la forme physique de la lésion cutanée; ce qui la rend pour nous, bien pénétré du véritable but de la médecine, moins acceptable que la seconde classification du même auteur. Dans celle-ci, en effet, Alibert semble avoir compris le principe de la vraie science de guérir comme Sauvages, c'est-à-dire la nécessité de faire entrer dans la désignation et dans la coordination des maladies de la peau la question fondamentale des indications thérapeutiques. Aussi, rangeant toutes ces lésions sous le terme vague de *dermatoses*, il les classe en eczémateuse (phlegmasique ou fluxionnaire eût été beaucoup plus exact), exanthémateuse, teigneuse, expressions qui dérogent au principe clinique dont nous parlons; dartreuse, cancéreuse, lépreuse, véroleuse, strumeuse, scabieuse, hémateuse, dischromateuse et hétéromorphe : ces trois dernières classes s'éloignent encore de la loi suivie en général par l'auteur.

Dans sa classification et sa nomenclature pittoresque, Alibert s'était attaché à l'aspect ordinaire des lésions cu-

tanées ; les changements primitifs de la peau servirent de point de départ à Plenck, dont les idées ont été reproduites et développées par Willam et Bateman. Examinant l'état des téguments au début du mal, ces auteurs reconnaissent des papules, bulles, squames, exanthèmes, pustules, vésicules, tubercules, macules ou taches. Dans chacun de ces cadres se trouvent rangés 40 genres d'éruptions, classées et dénommées toujours d'après la forme élémentaire de la lésion cutanée. Ainsi, cette forme anatomique seule préside à cet arrangement anatomique. Ajoutons, enfin, que cette classification est maintenant vantée par tous les dermatophiles de la Capitale.

Quel que soit l'assentiment donné par la plupart des écrivains à cette nosologie, nous n'avons jamais pu nous défendre d'une sorte de répugnance pour lui accorder les éloges et les avantages qu'ils lui attribuent souvent ; nous nous demandions si toutes les difficultés graphiques avaient un véritable but médical, et nous finissions par n'y voir qu'une description plus ou moins rigoureuse d'altérations passagères, analogue à celle des naturalistes qui s'occupent d'autres choses que de l'art de guérir : en d'autres termes, nous y voyions le résultat d'une conception anatomique, et nullement celui d'une idée médicale. Mais comment ne pas nous défier de notre raisonnement, alors que tous les auteurs semblaient d'accord pour prôner ce que nous trouvions mauvais ?

Les essais de Sauvages et d'Alibert nous donnent à penser que les médecins de Montpellier ne sont pas les seuls à improuver de pareilles opinions ; Samuel Plumbe nous confirme surtout dans notre conviction. S'occupant de la classification dermatographique de son compatriote Willam, cet auteur ajoute : « On ne peut pas tirer de

cette classification un seul principe utile et immédiatement applicable à la pratique médicale. Cela exige, de la part de l'élève même le plus zélé, beaucoup d'efforts et de travail pour extraire le grain de la paille (1). »

Dans sa *Nouvelle dermatologie*, M. Baumès établit d'abord que le fond de toute maladie de la peau est une activité vitale vicieuse, ou une fluxion qui revêt des formes variables, à raison de la diversité des causes qui l'ont suscitée, à raison de la variabilité des éléments organiques compromis. Cette fluxion peut être suscitée par 1° une cause externe; 2° un travail morbide fixé sur un organe quelconque; 3° le déplacement d'un travail, soit morbide, soit physiologique; 4° un trouble général porté de prime abord sur l'ensemble de l'économie, et qui vient faire explosion à la peau; 5° l'influence exercée sur l'économie par une diathèse; 6° une cause inconnue; 7° plusieurs de ces causes réunies.

De là, l'auteur retire les catégories suivantes: fluxion par cause externe, réfléchie, déplacée, excentrique, diathésique, idiopathique, complexe. Après avoir ainsi déterminé sa classification et sa nomenclature au point de vue médical, M. Baumès s'occupe des lésions cutanées ou de la nosologie dermatographique, s'attachant aux élements des altérations organiques dont la peau est le siége (rougeur, vésicule, furfur, squame, etc.); il réunit en un seul ordre les vésicules, les pustules et les bulles sous le nom d'éruptions vésiculeuses ou puro-vésiculeuses; il ajoute les éruptions érythémateuses (rougeurs), papuleuses, tuberculeuses, squameuses (macules, excroissances), etc. D'après ces idées, M. Baumès désigne l'impétigo des auteurs par l'expression d'éruption puro-vésiculeuse agglomérée; l'herpès, sous la dénomi-

(1) Traité des maladies de la peau, Londres 1824.

nation d'éruption vésiculeuse groupée, et à ces appellations il joint la désignation de la cause : ainsi, l'ecthyma est pour lui une éruption vésiculeuse éparse, à grosses vésicules et par fluxion de cause externe.

De l'examen de toutes ces opinions, des essais nosologiques auxquels elles ont conduit leurs remarquables auteurs, il en résulte pour nous ce fait, du reste connu de l'antiquité, que la dénomination et la coordination des lésions morbides doivent reposer sur des sujets d'indication thérapeutique, ou sur la cause des maladies. « En soumettant ces classifications à un nouveau travail analytique, dit avec justesse le professeur Bérard (1), on voit qu'on arrive bientôt à d'autres états morbides qui répondent à des indications majeures, et qui doivent être la base de la distinction réelle des maladies. »

Telle est aussi l'idée pratique qui a dirigé, en général, Sauvages dans la coordination et l'appellation des lésions pathologiques diverses, et de celles de la peau en particulier ; telle est aussi la manière dont nous l'avons nous-même comprise, et nous allons nous efforcer de la réaliser d'après les faits tirés de notre service.

En nous attachant d'une manière spéciale à la considération de la cause interne des lésions cutanées, nous sommes loin de méconnaître l'utilité de s'appuyer sur les caractères physiques et frappants des altérations de la peau : ces altérations doivent aussi entrer dans les bases de la nosologie dermologique. Enfin, et évitant d'employer des phrases longues et des termes nouveaux, nous croyons remplir le but que l'on doit se proposer : simplicité pratique. Etablissons maintenant certains principes indispensables pour faire comprendre les vices de la méthode organicienne et le fondement de celle qui va suivre.

(1) Analyse méd. prat., p. 368.

Presque toutes les maladies de la peau dépendent d'une affection morbide ou d'une modification interne de l'économie: cette proposition fondamentale pour la théorie et la pratique, mérite de nous arrêter un moment. Les médecins de l'antique Grèce en étaient si bien persuadés, qu'ils n'employaient jamais que des remèdes internes et des moyens généraux. Ainsi, Hippocrate conseillait les boissons délayantes, puis l'ellébore, le péplium, etc., dans le but de faire subir une modification à l'économie entière. Galien insista beaucoup sur la nécessité de cette thérapeutique; et ses continuateurs, les Arabes et les Arabistes, quoique plus adonnés à la composition des topiques, ne négligèrent pas ce traitement intérieur: ainsi, Archigène et Avicenne, parmi ces derniers, ordonnent d'user d'abord de la saignée, des bains, des émollients, des purgatifs, etc., avant d'avoir recours aux moyens locaux.

Les dermatophiles n'ont pas de peine à reconnaître presque toutes les maladies comme des effets de modifications internes du corps humain. Ainsi, l'eczéma, l'impétigo, les pseudo-teignes des enfants sont des résultats dépuratoires liés à certaines conditions générales, qui, selon M. Gibert, doivent être prises en grande considération. La pléthore, l'état saburral des premières voies, les fluxions nerveuses et circulatoires liées aux révolutions des âges, et beaucoup d'autres circonstances bien connues des praticiens, provoquent la manifestation d'exanthèmes, d'acné, de couperoses, et de différentes autres lésions cutanées, dont la cause est ailleurs que dans le lieu où siège le mal apparent.

D'après le même auteur, la faiblesse lymphatique favorise le développement de la teigne faveuse; le vice scrofuleux produit souvent le lupus ou dartre rongeante;

le vice syphilitique a sous sa dépendance des formes particulières d'altérations cutanées. M. Gibert termine le passage que nous analysons par cette conclusion remarquable : « Il est donc bien évident que l'état local ne doit jamais être considéré isolément de l'état général, dans l'étude de cette branche de la pathologie. »

Pourquoi donc, dans le diagnostic des maladies, l'auteur lui-même et toute son Ecole se sont-ils bornés à l'état local? La considération de l'état local et de l'état général doit donc entrer dans l'étude et la coordination des maladies de la peau. Les causes internes sous l'influence desquelles ces maladies se manifestent, sont les affections morbides suivantes : affection scrofuleuse, dartreuse, syphilitique, cancéreuse, scorbutique,.nerveuse, bilieuse, catarrhale, fébrile, inflammatoire, critique, exanthématique, fluxionnaire : celle-ci se forme par la cessation brusque d'une autre maladie viscérale ou externe (métastase), ou par l'influence sympathique de l'un des organes déjà lésés sur la peau. Enfin, l'action de certaines causes traumatiques, âcres ou virulentes, paraît au moins et ordinairement se borner à la peau : tels sont le virus de la gale, l'action de l'urine, des contusions, etc. Nous venons d'établir, ce nous semble, que presque toutes les maladies de la peau dépendent d'une affection morbide que l'on peut appeler leur élément. Passons à une autre proposition pratique.

L'indication fondamentale se tire de la connaissance de l'affection morbide dont la lésion cutanée est la traduction. Ici, nous allons appeler à notre aide l'autorité des médecins les plus recommandables, l'enseignement de l'observation clinique, enfin la discussion. On peut voir dans le Traité d'Alibert et dans celui de M. Rayer, où des observations détaillées sont consignées, que les moyens les plus

efficaces ont été ceux qui combattaient l'état vicieux de l'économie du sujet. Ajoutons à ces témoignages celui du savant auteur de Lyon : « Un médecin ne peut regarder une éruption, une dartre connue, et marcher dans une voie thérapeutique sûre, que quand il est capable d'apprécier le rôle joué par cette maladie, cette dartre, relativement à une disposition morbide propre à la peau seulement, ou relativement à ce qui se passe d'anormal, de morbide dans l'intérieur de l'organisme. »

Qui croirait faire disparaître solidement les taches scorbutiques par les seuls topiques et sans modifier l'état vicieux de la constitution? Quel médecin prétendrait guérir un individu de pustules syphilitiques, en négligeant les spécifiques connus? Ne sait-on pas la raison des difficultés journalières pour faire cesser les ulcères scrofuleux, lors même qu'on emploie des moyens internes bien indiqués, à cause de l'action lente de ces derniers et de la ténacité ordinaire de l'affection strumeuse? Si les tubercules cancéreux se reproduisent si fréquemment malgré l'énergie des topiques destructeurs, on n'ignore pas que cela dépend de l'impuissance de la thérapeutique contre l'état interne de l'économie. Il en est de même pour les croûtes, les érythèmes dépendant de l'adynamie, de la pléthore, des affections catarrhale, inflammatoire, fluxionnaire, etc. Mais aussi personne n'ignore la promptitude et la facilité ordinaires avec lesquelles disparaissent les lésions cutanées, dès que les agents internes ont efficacement modifié le corps humain.

Il suffit souvent de quelques grains de mercure ou d'or pour dissiper les taches syphilitiques, de quelques grains de quinine pour effacer les papules ou boutons intermittents fébriles. Après ce changement curateur, provoqué par les médicaments, les bulles ou phlyctènes dartreuses

disparaissent promptement, les érythèmes fluxionnaires ne tardent pas à s'éteindre, les vésicules inflammatoires sont détruites. Nous avons donc raison d'avancer que l'indication thérapeutique fondamentale ressort de la notion de l'affection morbide.

Cette dernière proposition clinique est confirmée par la suivante : *Les formes diverses des maladies cutanées fournissent seulement des indications secondaires.* Répondant à la critique très-peu judicieuse et encore moins polie du docteur C... sur sa nouvelle *Dermatologie,* M. Baumès dit : « Il faudrait, selon M. C...., décrire exactement, minutieusement les espèces, les variétés, les sous-variétés, parce que..... Vous allez peut-être dire : pour chaque description exacte, minutieuse, il y a un rapport entre un remède curatif dû au hasard et la variété minutieusement décrite ; ce qui justifierait, aux yeux de tous les hommes de sens, cette scrupuleuse distinction. Mais vous n'y êtes pas..... ; c'est parce que tous ces tableaux microscopiquement dermatologiques *peuvent un jour être utiles à nos descendants*, qui trouveront sans doute les causes, l'utilité de ces nombreuses variétés ! » Poursuivant la même appréciation, le médecin de Lyon ajoute : « Vous vous procurez ainsi un véritable jardin botanique, où il vous est difficile de dire à quoi vous servent l'*eczema impetiginodes*, l'*ecthyma lucidum*, le *rupia scarrotica,* le *psoriasis infantilis*, la *roseola æstiva* et tant d'autres agréables végétations dermo-pathologiques de ce genre. »

S'occupant d'une manière générale du traitement des teignes, Alibert insiste sur la nécessité d'une médication interne, pour laquelle il mentionne plusieurs médicaments sans application à une espèce dermatographique. Au sujet de la teigne muqueuse ou croûtes pléthoriques des enfants, il signale, comme Hippocrate, le besoin de modifier le

régime des nourrissons. L'auteur examine ensuite les topiques convenables : il passe en revue le procédé de la calotte, dont il confirme les succès fréquents, sans distinguer les espèces de teignes où ce moyen serait plus avantageux; il apprécie de la même manière la pommade de cantharides, les acides métalliques, les sels caustiques, l'acide nitrique, la pommade citrine, etc.; enfin, il parle des teignes en général, et lorsqu'il désigne quelque espèce, il indique les mêmes topiques, auxquels il ne trouve pas plus d'avantage dans un cas que dans l'autre (1). Après avoir examiné presque tous les remèdes vantés par l'empirisme grossier, Alibert ajoute ce passage digne d'attention : « La réussite était relative à la nature du mal, au tempérament des enfants, à l'influence de la saison ou à celle de l'atmosphère. » D'après cet exposé, on ne voit pas l'utilité pratique de la classification et de la nomenclature purement organique des maladies de la peau. L'auteur le pensa aussi, sans doute, quand il en proposa une autre, selon nous bien préférable au point de vue thérapeutique. Sans vouloir examiner la section des dartres du même ouvrage, qui donnerait lieu aux mêmes réflexions, contentons-nous d'avoir montré que les distinctions nosologiques choisies d'abord par Alibert, ne fournissent pas d'indication thérapeutique de quelque importance. Voyons si la seconde espèce de classification organicienne, propagée par l'Ecole de Willam, offrira des avantages plus sérieux à cet égard.

Willam et Bateman énumèrent six variétés d'urticaire sous les noms de *febrilis*, *evanida*, *perstans*, *conferta*, *subcutanea*, *tuberosa*. La première seule donne une indication thérapeutique : combattre la fièvre; aussi, s'éloigne-t-elle du principe physique qui a servi à dénommer

(1) Ouv. cit., pag. 74, 82, etc.

les autres variétés. Quant à celles-ci, il faut remonter à la cause interne pour les combattre, c'est-à-dire que ces distinctions graphiques ne vous servent à rien, puisque la même variété d'urticaire peut dépendre de sources très-différentes.

La même Ecole reconnaît, pour l'*eczéma*, quatre espèces ou variétés, sous le nom de *simplex*, *solare*, *rubrum*, *impetiginodes*; distinctions où n'entre aucune idée thérapeutique, distinctions telles que les ferait un naturaliste s'occupant par agrément des altérations de la peau, sans aucun but pratique. Cherchez, en effet, dans l'intéressant ouvrage de M. Gibert, et vous n'y trouverez aucune indication, aucun remède en rapport avec telle espèce ou telle variété organique de l'eczéma. Le traitement de cette maladie est décrit comme si jamais il n'eût été question de ces divisions graphiques. L'auteur promet une guérison facile quand on a pris soin d'éloigner la cause qui a pu lui donner lieu, ou ordonne un traitement basé sur le degré de la maladie, les phénomènes qui l'accompagnent, l'état général du sujet, etc.

Passons maintenant à l'histoire du psoriasis et de ses nombreuses variétés: diffuse, orbiculaire, palmaire, plantaire, préputiale, scrotale, labiale, ophthalmique, céphalique, onguéale; on ne sait pas pourquoi il n'est pas fait mention de la nasale, mentale, jugale, auriculaire, et ainsi de suite pour toutes les régions de la surface cutanée. Chose bien digne d'attention! le paragraphe où le psoriasis se trouve décrit, ne fait point mention de son traitement renvoyé au point qui renferme celui de la lèpre, où il est question des moyens généraux employés contre presque toutes les maladies cutanées. Bien plus, nous lisons (1) dans le même auteur deux

(1) Trait. prat. mal. peau, pag. 335.

observations, l'une de *psoriasis guttata*, l'autre de *psoriasis inveterata*, guérie par le même remède : la solution arsenicale de Fowler. Nous devons donc en conclure, au moins pour les cas dont nous venons de parler, que nulle indication pratique ne ressort de ces nombreuses distinctions dermatographiques Mais le sujet est trop grave pour que nous en restions là de notre examen ; nous allons multiplier les motifs.

A l'égard de l'érythème, Willam en établit sept variétés principales, sous les termes de *fugax*, *leve*, *marginatum*, *papulatum*, *tuberculatum*, *nodosum*, *intertrigo* ; on y joint encore l'*erythema pernio*, etc., auxquels Biett ajoute le *centrifuge*. On peut bien penser que ces prétendues variétés sont des complications ou compositions de plusieurs lésions cutanées, de la rougeur avec des papules, des nodosités, des tubercules, etc. ; mais voyons-en les conséquences pratiques. Eh bien ! toutes ces distinctions pratiques ne servent à aucune donnée thérapeutique, qui varie suivant l'état général du malade ou la cause qui a produit l'altération cutanée. « Lorsqu'il est général ou aigu, dit M. Gibert (1), la saignée, un régime sévère, les boissons délayantes, les bains tièdes, les laxatifs sont les moyens les plus rationnels...... Lorsqu'il est constitutionnel, et si l'état général de la constitution l'indique, usez des acides minéraux, des toniques, laxatifs, bains tièdes, quelquefois même des bains alcalins et sulfureux. » Encore donc une déception thérapeutique ; voyons maintenant l'histoire de la gale.

Willam et Bateman reconnaissent quatre espèces de gales, dont les caractères sont tirés de la forme, de l'apparence, du développement plus ou moins grand des

(1) Ouv. cit. pag. 97.

vésicules : ce sont les gales papuleuse, aqueuse, purulente, cachectique. Et puis, quand on arrive au traitement, c'est le soufre, la pommade d'Helmerich, le sulfure de potasse, etc., énumérés successivement contre la gale prise en général, sans application à ses variétés anatomiques. La même critique s'adresse aux six variétés d'herpès, aux quatre variétés d'acné, aux cinq variétés d'impétigo ; enfin, à presque toutes les distinctions secondaires de la dermatographie germanico-anglaise. Nous sommes donc fondé à soutenir que ces distinctions physiques, au moins quant aux variétés, ne servent nullement à la pratique médicale. Examinons maintenant s'il en est autrement pour les genres ou les distinctions principales ; en d'autres termes, si la thérapeutique retire des avantages essentiels des distinctions si vantées entre l'impétigo, l'ecthyma, l'eczéma, le rupia, le pityriasis, l'acné, etc., etc.

Il s'agit en ce moment de savoir si le traitement fondamental de l'impétigo est différent de celui de l'eczéma, du rupia, etc. ; et si cette différence thérapeutique se tire de la considération de la forme dermographique ou de l'état de l'économie du malade. Nous commençons par le pemphigus, et nous allons rapporter les propres paroles de M. Gibert : « Le pemphigus aigu ne demande d'autre traitement que la diète des maladies aiguës, plus ou moins sévère ; suivant l'intensité des symptômes.... à l'extérieur, les pansements adoucissants, les bains émollients et alcalins. Le traitement anti-phlogistique sera appliqué aux sujets atteints de pléthore et d'éréthisme un peu marqués ; les toniques, les dépuratifs aux lymphatiques, cachectiques, débiles ; on cherchera à modifier la constitution par des amers ; les narcotiques, s'il y a de vives douleurs ; laxatifs, s'il y a constipation ; diète

lactée, séjour à la campagne; le régime doit être doux, etc. » Voilà, certes, une thérapeutique où la considération des bulles et de ses variétés n'entre pour rien.

S'agit-il du rupia, un bon régime, l'observation des règles de l'hygiène, quelques toniques : bains tièdes, alcalins ou sulfureux ; topiques émollients, astringents ou irritants, suivant la persistance du mal. Au sujet de l'herpès, topiques émollients, narcotiques, s'il y a douleur ; boissons délayantes, régime doux, légers laxatifs, bains sulfureux contre l'état chronique ; onctions sulfureuses, lotions et bains émollients dans l'état récent et sthénique. Passons à l'eczéma : éloigner la cause ; boissons délayantes, lotions et bains émollients, régime doux contre l'état aigu et peu intense ; avec des symptômes d'excitation chez un sujet d'une constitution robuste. On a recours aux anti-phlogistiques quand la constitution est atteinte ; laxatifs, purgatifs, suivant le degré de la maladie, les phénomènes qui l'accompagnent, l'état général du sujet, etc. D'après ce principe, on administre les dépuratifs, les toniques, les sulfureux, les mercuriaux, les arsenicaux. Quand l'altération est rebelle, on use de topiques astringents, irritants ou caustiques.

En résumé, le praticien peut traiter, comme nous le faisons, les maladies de la peau, sans en distinguer le genre graphique, en remplissant les indications suivantes : quant à l'état général, combattre la cause interne ou externe; avoir égard aux forces du sujet, à qui il donne des toniques s'il est débile, des affaiblissants s'il est robuste ; y a-t-il excitation ou éréthisme sanguin, des anti-phlogistiques : quant à l'état local, topiques émollients s'il y a excitation locale ; excitants, irritants

même, s'il y a atonie ; enfin, caustiques si le mal est opiniâtre ou détruit les tissus avec rapidité. Si l'altération cutanée est passée à la chronicité ou existe depuis fort long-temps, le praticien ordonne des dépuratifs, des arsenicaux, des laxatifs, des bains alcalins ou sulfureux ; enfin, des topiques astringents, irritants ou caustiques. Cette méthode thérapeutique guérit, d'après les observations des dermatophiles, et d'après notre conduite clinique, le rupia, le pemphigus, l'eczéma, l'ecthyma, l'impétigo, le lichen, l'acné, les dartres, etc.

Il s'ensuit de là, me dira-t-on, que ces distinctions graphiques ne servent à rien et doivent être rejetées ; il est fâcheux que les lois éternelles de l'art de guérir nous obligent à répondre par l'affirmative. Pour nous donc, les distinctions des espèces et des variétés n'ont pas été faites pour de vrais médecins, mais pour des naturalistes. Sans doute que l'état organique de l'altération doit servir à lui donner un nom, un ordre nosologique et un mode de traitement ; et c'est pour cela que l'on devait s'arrêter, comme de tout temps, à distinguer ce qui caractérise habituellement une maladie en général (pustules, tubercules, ulcères, taches), en n'oubliant pas l'autre face du diagnostic, c'est-à-dire la cause ou la nature du mal ; car on se trompe étrangement, et nous ne saurions trop le répéter, en croyant avoir établi le diagnostic d'une maladie de la peau d'une manière complète, en signalant seulement les caractères locaux et organiques ; on n'en possède alors qu'une partie, et une partie la moins importante pour le praticien. Le diagnostic est entier et vraiment médical, lorsqu'on a établi la nature ou la cause de la maladie.

Une autre proposition clinique doit nous occuper en ce moment : *La même forme dermographique peut être pro-*

duite par des causes ou des affections diverses. Ces formes communes des altérations de la peau sont, d'après l'Ecole grecque et presque tous les cliniciens, les taches, les rougeurs ou érythèmes, les pustules, les ulcères, les tubercules, les phlyctènes ou bulles, les vésicules, les croûtes ou squames, les boutons ou papules. Il nous est facile de démontrer la justesse de cette remarque ; il est inutile de parler de l'affection syphilitique, dont on fait en quelque sorte une classe à part, quoique les autres affections n'agissent pas différemment.

A propos du pemphigus, Joseph Franck signale la suppression d'un écoulement habituel (état fluxionnaire), les affections morales (éréthisme nerveux ou affection nerveuse), l'affection scorbutique, rhumatismale, la surcharge sanguine ou pléthore ; enfin, il soutient n'avoir observé aucun cas de pemphigus sans l'existence antérieure d'une autre maladie. Biet signale des cas où ce mal tenait à l'état adynamique du sujet. A cette dernière affection le même auteur rapporte parfois le rupia, puis à la cachexie, etc.

S'agit-il de l'ecthyma : excitants généraux, émotions morales, fièvre, vice syphilitique, état cachectique, quelque lésion interne. Dans un grand nombre de cas, « l'acné, comme les autres maladies de la peau, est liée à l'existence d'une affection interne, surtout à celle de quelque lésion des fonctions digestives ; elle peut être le produit d'une diathèse générale, d'une altération humorale particulière, etc. » Nous en dirions autant de l'impétigo, de l'herpès, du pityriasis, etc. Donc, toutes les maladies de la peau peuvent être produites par les affections internes, avec ou sans le concours de circonstances extérieures. Certaines de ces affections déterminent, il est vrai, plus souvent telle espèce que telle autre ; aussi, la

dartre rongeante est ordinairement causée par l'affection scrofuleuse, et mérite, sous ce rapport, la dénomination d'ulcère rongeant scrofuleux.

D'après l'observation clinique, *la même cause interne ou affection morbide peut donner lieu, sur le même individu et en même temps, à des lésions de différentes formes.* Nous rencontrons chez le même malade des pustules syphilitiques au périnée, des taches sur plusieurs endroits du corps, des ulcères aux lèvres ou au prépuce, des rougeurs ou érythèmes en d'autres points, et ainsi de suite. Les sujets atteints de scorbut portent parfois des taches scorbutiques, des ulcères, des tubercules, des pustules, des croûtes de même nature. L'affection dartreuse produit encore, et parfois en même temps, la plupart des altérations principales. Les états pléthorique, fluxionnaire, fébrile, critique, rhumatique, etc., sont encore dans le même cas; le plus ou le moins ne saurait établir une différence théorique et encore moins pratique.

Examinons maintenant si la connaissance de la cause interne ou de la nature du mal peut se tirer du caractère de l'altération cutanée, ou, en d'autres termes, *si l'affection morbide imprime un cachet propre à la maladie de la peau.* Les taches de la roséole syphilitique diffèrent de celles de la roséole ordinaire par leur cause, les phénomènes concomitants, la coloration cuivrée, obscure, qui leur est propre. Nous pourrions passer en revue toutes les altérations génériques de la peau, et nous verrions revêtir le même cachet particulier à la syphilis. Ainsi, les pustules, les ulcères, les taches, les croûtes, les rougeurs, les papules, etc., offrent cette auréole cuivrée, obscure à leur base, se recouvrant d'une croûte grise ou brune, accompagnée de démangeaisons qui se font sentir pendant la nuit.

Les altérations de la peau produites par le vice scrofuleux présentent une couleur blafarde, une peau violacée et amincie, une suppuration claire et mêlée de flocons crétacés ou grumeleux : cette suppuration fournit souvent des croûtes muqueuses, les ganglions lymphatiques voisins sont ordinairement engorgés, et la matière tuberculeuse s'y manifeste communément. L'aspect lie de vin et la teinte livide caractérisent les maladies scorbutiques qui fournissent une suppuration sanieuse, des végétations mollasses, d'où sort un sang vinassé et fétide. L'aspect safrané est le propre des maladies dartreuses. La teinte rosée, avec peu d'énergie dans les désordres, est le résultat de l'état fluxionnaire. L'intensité de la rougeur, de l'engorgement, la tendance à la production du pus phlegmoneux et de pseudo-membranes, sont particulières à l'état inflammatoire. L'aspect blafard, la décoloration des téguments, l'affaissement des parties malades, annoncent l'adynamie, etc.

Nous ne prétendons pas, nous ne voulons nullement que le diagnostic se fonde sur l'examen exclusif de l'altération cutanée : cela n'est pas possible dans beaucoup de cas ; c'est au contraire, par l'étude de cette lésion cutanée, l'état de la surface du corps, de la constitution du sujet, enfin de la cause interne, que le diagnostic doit s'établir et se compléter. De l'ensemble de ces notions, on déduit la nature cancéreuse, syphilitique, pléthorique, scrofuleuse, dartreuse, fluxionnaire, scorbutique, critique, fébrile, traumatique, etc. Il n'en reste pas moins exact qu'en général la cause ou l'affection interne imprime à la maladie cutanée un cachet particulier. Alibert en fut sans doute bien persuadé, lorsqu'il établit ses différentes dermatoses scrofuleuses, scorbutiques, etc.

Faut-il prendre pour base clinique les formes élé-

mentaires ou les formes le plus long-temps appréciables? Les vésicules, les papules, les taches, les rougeurs, etc., qui se présentent au début du mal, sont parfois des formes très-fugitives, éphémères, comme dans la maladie appelée eczéma par l'Ecole germanico-anglaise, et qui offre dans presque toute sa durée l'apparence croûteuse et squameuse, quoique la vésicule soit le point de départ du mal. De même la teigne faveuse est classée parmi les pustules, quoique pendant presque tout son cours elle présente seulement la forme croûteuse, squameuse ; aussi les disciples de l'Ecole dermographique sont-ils plus d'une fois en désaccord sur cet objet.

Pour reconnaître le favus, la considération de la vésicule ou de la pustule ne me sert donc à rien, mais bien l'étude de la forme croûteuse. Du reste, en supposant les dermatographes parfaitement d'accord sur la lésion élémentaire, si celle-ci disparaît si vite qu'on ne la retrouve pas en beaucoup de cas ; la connaissance de cette lésion primitive ne doit pas servir au diagnostic. Croyez-vous, par exemple, que la forme tuberculeuse de l'éléphantiasis des Grecs ne soit pas une distinction préférable à celle fondée sur les taches qui paraissent au début de la maladie? L'Ecole de Willam, en adoptant cette forme tuberculeuse pour classer et nommer cet éléphantiasis, semble avoir avoué le peu de solidité pratique de sa classification, dans laquelle nous pourrions choisir d'autres exemples de ce genre. « Au début de l'éléphantiasis, dit M. Gibert (ouv. cité, p. 379), on aperçoit sur la peau des taches légères qui changent la couleur naturelle des téguments. Les caractères sûrs et constants sont le changement de couleur à la peau et l'insensibilité du lieu malade (d'après Schilling). » Il nous semble donc rationnel de baser la nosologie dermographique sur la forme

la plus prolongée du mal. Ainsi, le favus et l'eczéma, au lieu d'être placés, l'un dans les pustules, l'autre dans les vésicules, seront réunis dans les croûtes ou squames; ainsi, la gale doit rester dans les vésicules, puisque cette forme organique s'offre presque toujours durant la maladie et qu'elle sert à constituer le diagnostic.

Dans la discussion à laquelle nous venons de nous livrer, nous avons démontré les propositions suivantes :

1° Presque toutes les maladies de la peau dépendent d'une affection morbide de l'économie.

2° La même forme dermographique peut être l'effet de causes ou d'affections diverses.

3° La même cause interne peut donner lieu, sur le même individu et en même temps, à des lésions de formes différentes.

4° La cause ou affection interne imprime ordinairement à l'altération cutanée un cachet particulier.

5° La connaissance de la cause interne ou de la nature du mal peut se tirer fréquemment du cachet de l'altération tégumentaire.

6° Pour bases cliniques, il faut prendre, non les formes primitives ou éphémères, mais celles qui se présentent le plus long temps et qui sont ordinaires.

7° Pour signaler la nature du mal, il faut mentionner celle qui est habituelle.

8° La dénomination et la coordination des maladies de la peau doivent reposer sur les sujets d'indication thérapeutique, ou sur la cause interne de ces lésions.

9° L'indication fondamentale se tire de la connaissance de l'affection morbide.

10° Les formes diverses des maladies cutanées fournissent des indications secondaires seulement.

ARTICLE V.

LUXATION DE PLUSIEURS OS DU CARPE.

Le nommé Fremiat (Armand), âgé de 24 ans, profession de journalier, né à Lisieux, département du Calvados, est entré à l'hôpital Saint-Eloi le 17 décembre 1850; il est placé au N° 51 de la salle Saint-Eloi.

Ce sujet n'a eu, jusqu'à l'âge de 22 ans, aucune maladie importante. A cette époque, c'est-à-dire il y a deux ans environ, se trouvant à Paris, il laissa engager sa main droite dans le volant d'une machine, au moment où celle-ci était en mouvement. Il en résulta un désordre considérable; l'indicateur, le médius et l'auriculaire furent surtout compromis : la main devint douloureuse et se tuméfia; le gonflement s'étendait au-delà du poignet; le jeu de cette articulation était très-pénible; les ganglions de l'aisselle étaient engorgés. C'étaient surtout les altérations traumatiques des doigts qui attiraient toute l'attention du malade; la suppuration abondante qui s'y était manifestée avait fait craindre au chirurgien de ne pouvoir conserver le médius. Le malade fut traité pendant quatre mois à l'hôpital de la Pitié. Lorsqu'il en sortit, il remarqua que le poignet droit avait augmenté de volume; mais il prétend qu'il n'existait aucune gêne notable dans les mouvements de l'articulation : il se servait du membre de ce côté pour tous les rudes travaux auxquels sa profession l'exposait. Ce n'est que depuis le 7 décembre 1850 qu'il lui est impossible de se servir de sa main droite. Il se trouvait ce jour-là dans les environs de Béziers, lorsque, faisant rouler une barrique sur deux planches inclinées et étroites, la barrique, se portant entre les deux planches non suffisamment rap-

prochées, le fit reculer de crainte et tomber dans un fossé peu profond. Cette chute eut lieu sur le côté droit: le malade ne se souvient pas dans quelle position était alors sa main droite. Il ressentit aussitôt au poignet un engourdissement qui se changea trois heures après en une douleur lancinante. Celle-ci dura dans toute son intensité jusqu'au 5e jour; elle était accompagnée d'un engorgement considérable. Pour tout traitement, il fit usage de cataplasmes émollients. Au 6e jour, il quitta Béziers pour se rendre à Montpellier, quoique éprouvant encore une douleur assez prononcée dans les mouvements de l'articulation. C'est au 10e jour de sa maladie qu'il est entré à l'hôpital Saint-Eloi.

Alors nous pensâmes, au premier abord, qu'il s'agissait d'une fracture de l'extrémité inférieure du radius. La forme de la main, une sorte de déplacement dans une pièce presque transversale, du frottement rude entre les surfaces osseuses, la fréquence d'une telle blessure comparée à la rareté de celle dont nous eûmes à reconnaître l'existence chez cet homme, étaient bien propres à nous donner d'abord cette pensée. Toutefois, nous ne tardâmes pas à revenir de cette erreur, en examinant de plus près les parties lésées. En effet, le jeu de la main sur l'avant-bras est assez libre; les deux apophyses styloïdes de cette partie du membre supérieur sont reconnues aisément dans leur position normale; il n'en est pas de même des os du carpe. Le poignet présente, à l'état ordinaire, le style radial très-marqué et dépassant sensiblement le scaphoïde, dont l'enfoncement laisse entre le radius et le trapèze une dépression notable. Chez notre malade, au contraire, le style du radius est en quelque sorte effacé sous la saillie d'un os plus étendu en travers que verticalement, à bords arrondis, ayant 2 centi-

mètres de longueur, 1 de hauteur, immédiatement situé au-dessous du radius, offrant une surface inférieure excavée, enfin donnant tous les caractères du scaphoïde suivi du semi-lunaire. Au-dessous de cet os très-saillant se trouve une dépression de 1 centimètre de profondeur, donnant d'abord à penser qu'il s'agissait d'une luxation du premier métacarpien; mais le pouce, quoique gêné dans les mouvements imprimés par les muscles, peut être porté dans tous les sens ordinaires, et quand on le met dans l'abduction, on voit, comme à l'état normal, la saillie de l'extrémité supérieure du premier métacarpien à la face antérieure de l'éminence thénar. Là aussi on constate l'articulation de ce dernier os avec une autre pièce courte, que l'on reconnaît pour le trapèze à cause de sa forme, de ses rapports et de sa jonction avec le métacarpien du pouce, sur lequel ce dernier peut être mu suivant les mouvements normaux. En outre, cette adjonction du trapèze, en dedans et en avant du scaphoïde, donne à cette partie de l'éminence thénar un centimètre et demi de plus de largeur. D'après cette exploration, le trapèze et son métacarpien sont passés en dedans du scaphoïde et en avant du carpe; le scaphoïde et le semi-lunaire sont portés en dehors de leur position ordinaire; la tête du grand os est un peu saillante en arrière, et la main est comme un peu tordue sur l'avant-bras. Ces déplacements multiples donnent au carpe un volume exagéré, gênent beaucoup les mouvements du pouce et même du poignet. Du reste, un peu de sang était infiltré autour de ces parties au moment de l'entrée du malade dans notre service; mais la quantité n'en devait pas être considérable, puisque les os n'en étaient pas masqués notablement, et que les téguments n'ont point présenté de teinte noire ni jaune. Du reste, s'il

existait une petite plaie à cette main, elle se trouvait sur l'articulation palmi-phalangéale de l'index, et nullement sur le poignet.

En présence d'un cas aussi insolite, nous avions à nous demander quels étaient les désordres offerts par la main de cet homme, et depuis quand ces lésions existaient. Si nous en croyons le malade, le déplacement apparent du pouce datait de sa chute récente, c'est-à-dire de six jours environ. Nous ne pûmes partager cet avis. D'abord, le peu de gonflement des parties molles, le peu d'infiltration sanguine, la petite plaie de la main, nous annonçaient que la chute à laquelle cet homme attribuait son infirmité avait été trop légère pour la produire. L'examen des os du carpe nous montrait des désordres qu'une action vulnérante très-puissante pouvait seule avoir déterminés. La chute dont nous parlait cet homme aurait bien plutôt entraîné une fracture de l'extrémité inférieure du radius ou du corps des os de l'avant-bras, qu'un déplacement multiple des os du carpe. Une infiltration sanguine, considérable et prolongée, aurait été l'un des effets nécessaires. Il fallait, enfin, que la violence ne fût pas une chute qui aurait déterminé les brisures dont nous parlons, mais bien une violence puissante sur la main qui agît en tordant ses différentes parties.

Nous trouvions cette force traumatique dans l'accident éprouvé par le malade deux ans auparavant. Par la roue d'une machine les doigts sont pris et écrasés, le carpe est tordu, et les désordres sont tels, que l'inflammation provoque l'engorgement des ganglions de l'aisselle avec une suppuration qui fait songer à l'amputation de plusieurs doigts, et laisse, après quatre mois de traitement, le poignet difforme. En imprimant des pressions aux os déplacés, on sentait d'ailleurs des surfaces

rugueuses en contact, ce qui annonçait une altération ancienne et considérable de ces parties.

Comment de tels déplacements s'étaient-ils produits ? Les expériences sur le cadavre et les analogies cliniques sont les moyens d'éclairer ce point obscur d'étiologie d'une luxation de cette espèce. Ce n'est pas une chute qui a déterminé cet accident, car les os de l'avant-bras auraient bien plutôt cédé que les jointures du carpe. Il faut une action violente qui soit appliquée directement sur la main, et principalement sur le carpe. Il faut que cette puisance traumatique, agissant sur les pièces externes du carpe, les torde fortement en avant et en dedans. Il faut même qu'une autre puissance, placée sur les doigts, entraîne ces extrémités en un sens opposé à celui vers lesquels les premiers os carpiens sont entraînés. Ces conditions traumatiques nous paraissent se rencontrer dans les roues à rayons ou à volants et engrenées dans une machine à laquelle la main de notre malade a été soumise. Pendant cette violence, les ligaments postérieurs et externes du poignet ont été déchirés de manière à permettre au scaphoïde et au semi-lunaire de se déplacer en dehors du radius ; les liens du trapèze avec le scaphoïde, le trapézoïde et le deuxième palmien ont été aussi rompus, et tout l'appareil osseux du pouce a été porté en avant du carpe. Par la torsion violente à laquelle nous rapportons les déplacements dont il s'agit, l'on comprend aisément les cicatrices et les difformités des doigts que nous présente la main si lésée de cet homme, ainsi que la gravité des désordres traumatiques, la violence de l'inflammation, la longueur du traitement et la déformation du carpe.

Afin de nous éclairer sur un sujet aussi délicat, nous avons vainement fouillé dans les ouvrages les plus

estimés sur les luxations et dans les journaux les plus répandus ; on n'y trouve que des renseignements vagues, écourtés, et qui montrent que l'auteur a écrit d'après ses inspirations et non d'après l'observation clinique. Traçant peu de mots sur les luxations des os du carpe, J.-L. Petit écrit, à l'égard de la luxation de la seconde rangée : « Mais elles sont les plus rares et les plus difficiles de toutes les luxations du poignet, parce que les ligaments de cette seconde articulation sont très-forts et très-serrés.... Les signes de la luxation de la seconde rangée des os du poignet sont les mêmes que ceux qui font distinguer les luxations des os de la première rangée à leur articulation avec le rayon.... S'il y a dans leurs signes quelques différences, elles sont si légères et si faciles à entrevoir que nous n'insisterons pas davantage sur ce sujet (1). » Quand on sait maintenant que les prétendues luxations du poignet sont des fractures de l'extrémité inférieure du radius, on conçoit quelle confiance il faut accorder à la description des luxations des os de la deuxième rangée du carpe, que l'on rapproche des déplacements supposés des premières pièces de la main sur l'avant-bras. Duverney n'écrivit pas davantage d'après l'observation clinique, quand il dit : « Le pied se luxe difficilement par les côtés, principalement en dehors, à cause des chevilles ; il n'en est pas de même du poignet... La raison en est évidente (2). » Ce que l'auteur expose longuement touchant les prétendues luxations du poignet, montre qu'il avait imité ses prédécesseurs en écrivant ce que l'inspection du *squelette* et ses inductions lui suggéraient. Du reste, il ne parle point en particulier des déplacements des pièces osseuses du carpe. On doit tenir un

(1) Trait. mal. os, T. I., p. 197, 202. 1775.
(2) Trait. mal. os, 1751, T. II, p. 32, 191.

semblable langage à l'égard de Manne, qui l'avoue en quelque sorte lui-même en ces termes : « La luxation de la seconde rangée des os du carpe me paraît fort difficile; cependant si elle avait lieu, on procèderait à sa réduction comme à celle de la première rangée (1). » Il est inutile de citer, à cet égard, les paroles de Boyer, Delpech, Chélius; on y trouve ou l'absence de descriptions à ce sujet, ou des notions non vérifiées au lit du malade. L'un des hommes qui ont le plus éclairé de nos jours la connaissance clinique des luxations, A. Cooper parle du déplacement des os du carpe, en des cas où le désordre des parties molles environnantes était tel, que la luxation devenait une circonstance accessoire de ces blessures par arrachement ou écrasement. Ce silence de la science à ce sujet, la rareté d'une pareille luxation, étaient bien propres à nous rendre le diagnostic d'abord laborieux et incertain, et à nous engager à publier le fait qui s'est offert dans notre Hôtel-Dieu.

En supposant que les désordres traumatiques fussent arrivés depuis peu, il nous semble, d'après nos essais sur le cadavre, que la réduction serait opérée à la faveur du procédé suivant. Un aide saisit l'avant-bras du malade et fait la contre-extension; le chirurgien embrasse le carpe de sa main gauche, de manière à placer son doigt médius contre le trapèze qu'il repousse vers l'articulation abandonnée. En même temps, le praticien tire de sa main droite sur le métacarpien du pouce du malade, de manière à seconder l'impulsion imprimée au trapèze. Cet os étant rentré dans ses rapports normaux, on devrait placer et maintenir la main dans l'abduction, afin de refouler la première rangée des os du carpe dans l'excavation palméale des os de l'avant-bras, pendant tout le temps néces-

(1) Trait. élém. des mal. des os, 1789, p. 322.

saire à la consolidation des adhérences nouvelles des ligaments déchirés. Une semblable manœuvre a été plusieurs fois tentée chez notre malade, mais sans succès. Et cela devrait être, car il ne s'agit pas ici de luxations récentes, mais de déplacements déjà fort anciens, puisque deux ans se sont écoulés depuis l'accident qui les a produits. Si le scaphoïde jouit d'une mobilité anormale par rapport au radius et au trapézoïde, il n'en est pas de même du trapèze, qui a contracté de très-solides adhérences dans le point anormal où il a été poussé. Les essais que nous avons tentés à cet égard nous ont montré combien d'efforts et de violences il faudrait pour rompre les nouveaux liens dont le trapèze est environné ; aussi n'avons-nous pas poussé les manœuvres à ce point. Du reste, les mouvements sont assez libres, surtout à la faveur d'une sorte de bracelet de peau que le malade nous a demandé pour assujétir les os trop mobiles du carpe et donner plus de fixité à l'articulation du poignet.

Un modèle en plâtre de cette luxation a été déposé au Conservatoire de la Faculté.

ARTICLE VI

COUP-D'ŒIL CLINIQUE SUR LES OPHTHALMIES.

S'il était nécessaire de prouver combien les *spécialités* sont peu favorables aux progrès des sciences médicales, la question des ophthalmies nous offrirait un beau sujet à cet égard. « Lisez les auteurs allemands, écrit avec raison M. Rognetta (1), et vous verrez dans quel *gurgite vasto* ils ont plongé cette partie de la science des maladies. » Comme nous aurons lieu bientôt de le montrer,

(1) Cours d'ophthalmologie, 2e édit., 1844.

les oculistes ont fait beaucoup plus de mal que de bien à la connaissance des maladies de l'œil. Sans doute, on doit à plusieurs d'entre eux des remarques justes, des remèdes utiles; mais cherchant opiniâtrément, comme tous les spécialistes, à donner une importance excessive à l'objet de leurs occupations exclusives, ils ont multiplié à l'infini les espèces morbides, les topiques, les instruments, les remèdes.

Rappelons-nous seulement la question du strabisme : près de deux cents instruments ont été inventés pour couper un petit muscle de l'œil ! Cherchons les auteurs à qui l'ophthalmologie doit le plus, et nous y rencontrons Hippocrate, Celse, Galien, Rhazès, les Fabrice, Bartisch, Fallope, Maître-Jean, Cheselden, Pott, Louis Lecat, Richter, Daviel, Lafaye, Anel, Beer, Langenbeck, Himly, Guthrie, Scarpa, Lawrence, Maunoir, Sanson, Rognetta, Méjan, Delpech, Serre, Serre d'Alais, etc. Sans doute les médecins qui, aptes à traiter convenablement toutes les maladies, s'adonnent plus particulièrement à l'étude et à la thérapeutique d'un certain nombre d'entre elles, doivent y apporter quelques lumières. Ainsi, la science doit beaucoup, sous ce rapport, à Demours, Wenzel, Weller, Florent Cunier, etc., etc. Mais ces praticiens ne sont point des oculistes dans le sens que l'on attache à ce mot, c'est-à-dire des hommes à notions restreintes à peu près aux lésions du globe oculaire, ou qui ne s'occupent que du traitement de ces maladies.

Il est deux écueils à éviter dans l'étude des inflammations de l'œil : la multiplication et la simplification systématiques de ces lésions. Et cependant, chose remarquable! c'est de la même source que sont parties ces deux exagérations de la science. Il est des auteurs qui, voyant seulement les analogies organiques rejettent la plupart

des espèces morbides, et les réduisent à quelques-unes ou même à une seule. Pour eux, la différence de texture des membranes oculaires rend compte de la diversité des symptômes qui se rattachent à une seule nature morbide.

En de récentes discussions qui eurent lieu au sein de l'Académie de médecine, M. le professeur Velpeau s'exprima de la manière suivante : « La première objection que M. Gerdy oppose à la doctrine que je professe, c'est de commettre une omission importante en n'admettant d'autres distinctions que celles fondées sur le siége anatomique des ophthalmies, ne tenant point compte de leur nature ; mais il n'y a là aucune objection, puisqu'il est convenu qu'il s'agit dans tous les cas d'une inflammation. Pour moi, les ophthalmies diffèrent : 1° selon le tissu qu'elles affectent ; 2° selon les circonstances particulières d'âge, de constitution, dans lesquelles l'individu affecté se trouve placé ; 3° enfin, leurs symptômes, leurs caractères, leur marche, leur terminaison et leur traitement diffèrent d'après leur siége. » Nous ne saurions passer sous silence un passage où M. Velpeau montre toutes les conséquences de ces principes : « Non-seulement, je le répète, je n'admets pas d'ophthalmies scrofuleuses, mais je n'admets pas même de scrofules (1). » Devant revenir plus loin sur l'illogisme de semblables assertions, nous nous contentons ici de les signaler ; elles montrent un des excès dont nous parlions.

Un autre abus, tout aussi grave et beaucoup plus répandu, est celui qui multiplie sans cesse les espèces d'ophthalmies. Non-seulement les auteurs spécialistes comptent autant d'espèces d'ophthalmies qu'il y a d'affections morbides (rhumatisme, scrofules, syphilis, etc.), mais encore autant qu'il y a de membranes ou de portions

(1) Acad. méd., Séance du 16 juill. 1834.

de membranes. Ainsi, Wardrop décrit l'iritis séreux, parenchymateux, et M. Ammon y ajoute l'uvéal (1). M. Sichel a poussé l'exagération jusqu'au fait suivant : cet auteur n'admet pas l'uvée comme membrane, mais comme simple couche de couleur noire, et cependant il décrit bientôt après l'uvéite. En parcourant le volumineux livre de ce spécialiste, on y voit encore l'iris divisée en plusieurs portions par de nombreux diamètres, et chacune de ces divisions considérées comme des espèces ou variétés pathologiques. Il s'ensuit que dans l'iris on pourrait décrire plus de douze inflammations simples, d'après Mackensie (2).

Afin d'apprécier surtout si réellement certains vaisseaux peuvent seuls être atteints dans l'ophthalmie, si ces canaux affectent des formes variées suivant l'espèce pathologique, il nous suffira de jeter un coup-d'œil rapide sur la disposition vasculaire des différentes parties du globe oculaire. Tous les vaisseaux de cet organe proviennent de l'artère ophthalmique dont les distributions sont les suivantes :

La *conjonctive* possède, surtout chez le fœtus (3), une couche de capillaires immédiatement appliquée sur la cornée transparente, et communiquant avec celle de la portion scléroticale de cette membrane. Ces capillaires dépendent immédiatement de la nasale, lacrymale, ciliaires antérieure et palpébrale. Ces artérioles communiquent par un réseau appartenant à la sclérotique avec celui de l'iris (4).

L'*iris* possède deux cercles artériels concentriques, fournis en grande partie par les ciliaires longues, mais

(1) Ann. chirurg., T. X. pag. 410.
(2) Trait. d'ophthalm., etc., pag. 87.
(3) Henle, Anat. génér., T. I, pag. 346.
(4) Pétrequin, Anat. méd.-chir., pag. 123.

anastomosés avec les vaisseaux des procès ciliaires et de la choroïde, avec ceux de la conjonctive qui, sous le nom de ciliaires antérieures , traversent la sclérotique tout près de la cornée transparente (1). Ainsi, l'iris et la conjonctive ont de nombreuses liaisons vasculaires à travers la sclérotique, et avec la choroïde à la faveur des vaisseaux destinés plus spécialement aux procès ciliaires.

La *sclérotique* contient un réseau provenant des diverses ciliaires courtes, et communiquant avec la conjonctive et l'iris, près du grand cercle de cette dernière membrane, que Lawrence regarde comme l'aboutissant de presque toutes les tuniques de l'œil, et le point par où se font les propagations inflammatoires (2).

Pour la *choroïde*, les ciliaires courtes postérieures se placent sur cette membrane, suivant l'observation de Ruysch , tandis que les ciliaires longues sont collées contre la face interne de la sclérotique. Nous avons déjà mentionné les anastomoses multipliées entre ces capillaires et ceux de l'iris, de la sclérotique, de la conjonctive. Ajoutons qu'entre la choroïde et la membrane du corps vitré se trouvent les *tourbillons* de Haller ou les *vasa verticosa*, lacis sinueux des veines, qui, sortant à travers la sclérotique, se jettent dans les veines ophthalmique, lacrymale ou angulaire (3).

Les recherches de Lawrence (4) nous apprennent que la *rétine* se compose d'une pulpe médullaire et d'une membrane vasculaire formée d'un lacis très-fin de capillaires unis entre eux , provenant de la centrale du nerf optique, et communiquant avec quelques ciliaires courtes

(1) Hipp. Cloquet , Trait. d'anat. , 6e édit., T. II.
(2) Trait. des mal. des yeux , pag. 34 , in-18.
(3) Velpeau, Anat. topogr., T. I, pag. 296.
(4) *Loc. cit.*, pag. 32.

postérieures et avec l'artériole du corps vitré, qui se distribue non-seulement à la capsule, ce que nous avons plusieurs fois déjà constaté, mais encore au cristallin lui-même, d'après les dissections de Watson (1).

Quoique la *cornée* transparente nous ait montré des capillaires artériels pendant l'état pathologique, néanmoins les anatomistes s'accordent à ne trouver ni des artères ni des veines dans cette membrane : « Les injections les plus fines poussées dans les artères et dans les veines de l'œil, assure le professeur Cruveilhier (2), ne démontrent aucun vaisseau dans la cornée ; sa couche superficielle, celle qui fait suite à la conjonctive, est formée par un réseau lymphatique qui se continue avec celui de la conjonctive. »

Quoi qu'il en soit, il résulte de cet aperçu anatomique que, s'il est des vaisseaux destinés surtout à telle ou telle autre partie de l'œil, ils sont anastomosés entre eux en beaucoup de points. Comment donc établir une distinction exclusive et tranchée entre les congestions, les fluxions et les inflammations de l'œil, à la manière des médecins spécialistes, et surtout des médecins de l'Allemagne? Comment supposer avec Weller, Mackensie, etc., qu'un segment, un quart de rouelle, une des membranes de l'iris est enflammée spécialement, et constitue une espèce particulière d'inflammation de l'œil? Les détails anatomiques précédemment mentionnés ne nous permettent pas de croire sérieusement à une pareille assertion.

Nous concevons très-bien que chaque membrane du globe oculaire soit plus particulièrement phlogosée, mais non exclusivement; et le plus souvent plusieurs membranes participent à la lésion de la tunique la plus

(1) Archiv. gén. méd., T. XII, pag. 607.
(2) Trait. d'anat., 1re éd., T. III, pag. 162.

altérée. Nous ne saurions donc, admettre un iritis séreux, parenchymateux ou uvéal, ainsi que le veulent Mackensie, Sichel, Ammon et beaucoup d'ophthalmologistes allemands.

Il est une autre exagération de cette manière de considérer les lésions oculaires : elle consiste à décrire les capillaires de la même membrane de l'œil, comme ayant une disposition différente suivant l'espèce morbide ou la nature du mal, et non pas seulement d'après le siége anatomique de l'altération inflammatoire. Après avoir établi que les pinceaux de la conjonctive sont différents suivant l'ophthalmie catarrhale, rhumatique, scrofuleuse, etc., etc., M. Sichel dit : « Dans l'ophthalmie varioleuse, la disposition des vaisseaux sanguins nous a paru particulière (1). »

Dans la conjonctive, il est vrai, les capillaires sont sinueux, ce qui paraît dépendre de leur position dans ou sous une membrane peu résistante et du tissu cellulaire abondant et lâche. La sclérotique présente des artérioles disposées longitudinalement et parallèles suivant les fibres principales de cette tunique de l'œil (2). L'iris a des capillaires sinueux et formant plusieurs anses anastomotiques. La choroïde présente des ramifications artérielles et veineuses serpentines et comme *en tourbillons*, selon la remarque de Haller.

Il n'est donc pas étrange de reconnaître une injection un peu différente dans chacune de ces tuniques fluxionnées ou enflammées. Mais prétendre que, suivant la nature catarrhale, strumeuse, syphilitique, etc., la forme de ces capillaires change, voilà ce qui est l'effet de ce

(1) Trait. de la catar., amaurose, etc., pag. 458.

(2) Sichel, *loc. cit.*, pag. 54.

besoin de spécialisation locale, qui semble justifier le titre de spécialistes. Il ne vous suffit pas, en effet, d'après les écrivains auxquels nous faisons allusion, de savoir la disposition normale des vaisseaux pour les reconnaître pendant la maladie ; il y a alors des modifications organiques tellement particulières, qu'à moins d'être initiés aux secrets de la *pathologie oculaire*, vous ne pouvez donner un diagnostic certain.

Tout en reconnaissant dans l'œil un organe à texture multiple et fort délicate, la possibilité de lésions spéciales dans ses différentes tuniques, la disposition propre des capillaires au sein de chacune de ces dernières, nous ne pouvons admettre l'isolement absolu des maladies dans chacune des parties du même organe, ni un changement dans la disposition des vaisseaux, suivant l'espèce clinique d'ophthalmie. A notre avis et suivant les principes de cette antique Ecole, les espèces pathologiques ressortent moins des conditions organiques que de l'ensemble des symptômes et de la nature du mal.

Nous sommes loin donc de cette simplification systématique qui voit une seule nature morbide dans toutes les ophthalmies, ou des variétés secondaires suivant le lieu anatomique de l'altération, et non moins éloigné de l'abus des spécialistes, qui, toujours empressés d'agrandir et de rendre ardue leur prétendue science particulière, cherchent à multiplier les espèces et les variétés pathologiques par des distinctions anatomo-pathologiques subtiles et irrationnelles.

Les travaux sur la structure particulière des parties de l'œil sain ou altéré ont leur utilité, dont on doit profiter dans le diagnostic et le traitement des ophthalmies. Aussi, tout en reconnaissant les ophthalmies générales ou qui atteignent la plupart ou toutes les membranes ocu-

laires, nous décrirons les lésions de la conjonctive, de la cornée, de l'iris, de la choroïde, etc.

Un individu éprouve du malaise, des frissons vagues le long des membres inférieurs et du dos, des bouffées de chaleur, surtout à la figure ; il survient ensuite de la céphalalgie sus-orbitaire, de la pâleur et une sorte de bouffissure de la face ; le pouls est mou, la peau moite, les urines muqueuses et jumenteuses, la langue blanche, large et pâteuse, l'appétit nul, l'estomac embarrassé. En cet état morbide désigné sous le nom de catarrhal, l'individu est menacé de fluxion sur une partie du corps. Un malade aura une angine, un autre un catarrhe pulmonaire; celui-ci un érysipèle, celui-là une pleurésie, etc. Il n'est pas, en effet, d'organe qui ne puisse devenir le terme de cet état fluxionnaire imminent : si l'œil est le but du mouvement pathologique, il se développera une *ophthalmie catarrhale.*

En décrivant les caractères locaux de cette espèce de lésion oculaire, nous ne devons pas faire abstraction de l'ensemble de l'économie; car ce serait, à l'exemple des spécialistes, oublier une des faces les plus importantes du problème.

Un des premiers symptômes de cette maladie, c'est le larmoiement; vient ensuite la *rougeur* de la conjonctive, d'abord légère et partant de l'angle externe, mais s'irradiant bientôt à presque toute la surface de cette membrane. Les vaisseaux injectés sont superficiels et souvent dégorgés par la pression des paupières. Ces capillaires droits vers la circonférence de l'œil, se rendent autour de la cornée en affectant des sinuosités nombreuses et mobiles par la pression et le clignotement. On a prétendu que l'ophthalmie catarrhale présentait une injection parallèle près de la circonférence de l'œil, et réticulée

vers la circonférence de la cornée. Cet état est dû à la disposition ordinaire des capillaires de cette membrane, et nullement à telle espèce morbide en particulier. Nous l'avons maintes fois démontré au lit du malade, et notamment sur un sous-officier atteint d'une ophthalmie catarrhale aiguë, mais peu grave. Les vaisseaux de la conjonctive présentent la disposition signalée plus haut; ils convergent tous vers la cornée, autour de laquelle ils forment des demi-arcs à extrémités très-finies. Leurs troncs se cachent vers la circonférence du globe oculaire, où ils sont presque droits, tandis qu'ils serpentent vers la cornée; du reste, ils sont mobiles sous la pression ou les mouvements imprimés aux paupières, et forment des faisceaux aux angles de celles-ci. Une distribution capillaire semblable se remarquait sur l'œil droit d'un autre militaire atteint d'une ophthalmie syphilitique.

Le développement des capillaires est parfois très-marqué; certains de ces vaisseaux ont l'aspect variqueux et peuvent être soulevés avec un stylet. On comprend sans peine que les saillies nombreuses formées par ces artérioles, doivent rendre le frottement des paupières rude et douloureux, et donner la sensation illusoire de graviers ou de grains de sable répandus sur la conjonctive. Cette sensation est parfois tellement prononcée, que certains malades ne peuvent croire à l'absence de tout corps étranger entre les paupières; aussi, quand ils se sont exposés à l'action de la poussière, ces sujets ne manquent jamais d'attribuer à cette circonstance seule la production de l'ophthalmie.

Quoi qu'il en soit de cette fausse sensation, les douleurs sont peu vives dans le globe de l'œil; elles se font ressentir autour des paupières, et surtout à la région surcilière. Ces souffrances sont superficielles et peu aggravées par

l'action de la lumière. Les malades fuient bien l'éclat du soleil, mais fixent cependant les objets assez long-temps : nous avons pu constater ce phénomène chez un adulte de notre service clinique. On comprend, du reste, qu'il en doit être ainsi tant que le fond de l'œil ne participe pas à la lésion des parties externes. Toutefois les sympathies des diverses membranes oculaires et les liaisons vasculo-nerveuses dont nous avons déjà parlé, nous expliquent pourquoi la lumière trop vive incommode les malades. Un symptôme que nous avons plusieurs fois noté dans l'observation de l'ophthalmie catarrhale, c'est l'augmentation des souffrances, surtout pendant la nuit. Un des militaires de notre service resta plusieurs jours à la caserne, et se décida à se rendre à la clinique parce que son sommeil était troublé par des douleurs péri-orbitaires ; tandis que, pendant le jour, les souffrances étant fort légères, il en induisait que sa maladie se dissiperait bientôt.

Ordinairement la tuméfaction est peu marquée et peut se dissiper en quelque temps, comme cela a lieu quand la maladie légère disparaît en peu de jours ou qu'elle se montre sous la forme périodique (1), quoi qu'en dise M. Sichel (2). Parfois le gonflement de la conjonctive est considérable, mais il n'offre pas la rénitence et l'opiniâtreté de la tuméfaction inflammatoire ; il est, au contraire, mollasse et facile à déprimer. Une telle différence tient à une infiltration séreuse seulement, dans l'ophthalmie catarrhale, comme cela a lieu pour toutes les muqueuses atteintes de catarrhe ; tandis que la phlogose amène une infiltration de produits plastiques ou pseudo-membraneux

(1) Rev. méd., 1831, T. III, p. 292. — Journ. méd. chir. prat., T. XVII, p. 505. — Bull. thérap., T. XXXI, p. 389, etc.

(2) Traité cité, p. 470.

qui donnent aux tissus une grande rénitence, et ne permettent pas au travail morbide de disparaître rapidement (1). Un caractère de cette ophthalmie, c'est la mucosité jaunâtre qui s'écoule de la surface de la conjonctive, fait adhérer les paupières et se répand sur les joues.

En résumé, larmoiement; vaisseaux injectés, superficiels sinueux et dégorgés par la pression des paupières; sensation fausse de sable entre les paupières; rougeur commençant de dehors en dedans, et plus forte vers les angles des paupières quand elle est intense et générale; écoulement d'un liquide muqueux et collant; parfois ecchymoses ou vésicules sur la conjonctive, chémosis rare, douleurs peu vives, photophobie peu marquée, symptômes moindres pendant le jour et accrus vers le soir, lésion principalement de la conjonctive : tel est l'ensemble des caractères de l'ophthalmie catarrhale.

Ajoutons à ce tableau les symptômes tirés de l'examen de toute l'économie, les phénomènes morbides déjà notés à propos de l'état catarrhal, et nous aurons le tableau de la maladie dont nous parlons. L'étude des causes vient encore justifier cette première distinction nosologique. Les individus doués d'une constitution faible, d'un tempérament lymphatique, soumis aux variations de température et aux suppressions de transpiration, y sont disposés. On remarque cette espèce d'ophthalmie pendant les temps humide et pluvieux (aussi a-t-on noté plusieurs épidémies d'ophthalmie catarrhale), ou bien pendant le règne d'affections de cette nature. Ainsi, quand la fièvre ou l'état catarrhal est sporadique ou épidémique, on rencontre diverses maladies catarrhales parmi lesquelles se trouvent plusieurs cas de lésion oculaire.

Il n'est pas rare de voir survenir une pareille maladie

(1) Gendrin, Hist. anat. des inflam., T. I.

à la suite de la suppression d'une fluxion habituelle ou déjà ancienne; la disparition brusque d'un érysipèle, d'un catarrhe bronchique, etc., a souvent été la source de l'ophthalmie dont nous parlons : du reste, le pronostic de cette maladie est en général peu sérieux. Quand elle atteint surtout la conjonctive, comme cela a lieu ordinairement, les souffrances sont peu violentes et les désordres peu graves: deux ou trois septénaires suffisent pour en dissiper toutes les traces. Mais si la fluxion s'étend avec intensité aux parties profondes, le malade éprouve des douleurs vives et presque continues ; sa vue est troublée; l'impression de la lumière devient fatigante et même intolérable; la maladie est plus longue et la convalescence plus incertaine.

Nous venons de décrire avec une attention particulière l'ophthalmie catarrhale ou fluxionnaire, à raison de sa fréquence; cette espèce morbide a été plusieurs fois confondue avec l'*ophthalmie inflammatoire*, dont nous allons nous occuper. En celle-ci, la rougeur est vive le plus souvent, quoique Lawrence la dise rosée. Cette teinte est quelquefois fort intense, surtout quand, l'injection étant très-considérable, il y a *chémosis*. Les douleurs sont violentes, pongitives, pulsatives, irradiées à tout le pourtour de l'orbite, à la surface du crâne et même dans l'intérieur de cette cavité. Comme nous avons eu occasion de le remarquer chez un des malades de notre service, les souffrances présentent des rémissions de courte durée, après lesquelles le malade est saisi de douleurs atroces: il éprouve dans l'œil une sensation de distension extrême, qui lui fait croire à une déchirure prochaine de cet organe, ou à une gêne que celui-ci éprouve de la part de l'orbite trop petit pour le contenir.

La tuméfaction de la conjonctive et des vaisseaux ne

peut être effacée par la pression ou le mouvement des paupières, parce qu'elle dépend d'infiltrations fibrineuses. « L'exhalation de la lymphe par les vaisseaux de la conjonctive enflammée, dit Lawrence (1), et son infiltration dans le tissu cellulaire sous-jacent, occasionnent ce gonflement, qui est tout-à-fait analogue à celui que l'on voit survenir à l'extérieur dans une partie où se développe une inflammation aiguë. » L'auteur anglais combat avec raison l'opinion de Scarpa (2), qui veut rattacher cet engorgement à une infiltration sanguine et à une sorte d'ecchymose.

La sensibilité de l'œil est accrue; elle est ordinairement très-vive, de sorte que la vue des objets est très-fatigante et que le malade recherche l'obscurité. Cette photophobie est surtout prononcée quand le fond de l'œil est atteint de phlogose. Nous avons eu occasion de l'observer en ville chez un adulte, auprès duquel nous fûmes appelé par notre ami le docteur A. Lafosse. Chez cet individu, le champ pupillaire offrait une teinte rougeâtre; l'iris se contractait violemment sous l'impression de la lumière, qui accroissait notablement les souffrances. Le globe oculaire offrait une turgescence marquée, et s'engageait sous les paupières; la conjonctive était très-injectée et d'un rouge intense; de petites ulcérations se montraient sur la cornée avec de très-petites vésicules; et cette dernière membrane, dont la transparence était diminuée, avait la couleur de la pierre à fusil.

Un des caractères de l'ophthalmie inflammatoire, c'est la suspension de sécrétion muqueuse d'abord, et la tendance à la formation de pus ou de pseudo-membranes. L'ophthalmie catarrhale s'annonce par du larmoiement,

(1) Ouv. cité, pag. 73.

(2) Trait. des princip. mal. des yeux, 5e édit., T. Ier, p. 191.

et produit une abondante quantité de mucus plus ou moins puriforme ou jaunâtre. Dans l'espèce de lésion que nous décrivons actuellement, il n'est pas rare de voir du pus occuper la chambre antérieure de l'œil et former l'hypopyon. Il se dépose aussi du pus et des produits plastiques entre les lames de la cornée ; ce qui donne lieu à des taies, dont la disparition est ensuite fort difficile et fort longue.

Sous l'influence d'un travail pathologique si actif et d'altérations organiques souvent profondes, on comprend sans peine que la vision soit fréquemment compromise, et que la transparence, la forme du globe de l'œil soient trop de fois détruites. La phlogose superficielle entraîne tantôt des taies incurables de la cornée, tantôt des adhérences entre la conjonctive, la déformation et le rétrécissement de la pupille, l'engorgement de la choroïde ou de la rétine, etc. Toutefois, l'ophthalmie inflammatoire est loin de compromettre toujours les fonctions de l'œil ; heureusement les progrès du mal sont arrêtés par un traitement énergique et intelligent, et la résolution s'opère en quelques septénaires.

En résumé, l'ophthalmie inflammatoire est caractérisée par une rougeur vive de l'œil, un chémosis fréquent, des douleurs considérables, pongitives, pulsatives ; la sensation de distension, la tendance à la production de pus et de matériaux plastiques, entre les lames de la cornée ou dans les chambres de l'œil ; l'ulcération de la cornée, à travers laquelle l'iris vient parfois faire hernie ; l'opacité commençante ou fort avancée de cette dernière tunique ; peu de sécrétion muqueuse. Ajoutons à ces conditions celles tirées de l'ensemble de l'économie : ainsi, le sujet est généralement vigoureux et sanguin, la face injectée, les congestions céphaliques fréquentes.

Pendant la maladie, on remarque les phénomènes de l'éréthisme sanguin : pouls plein, fort et fréquent, chaleur vive et âcre, face animée, bouche sèche, soif intense, langue sèche et pointillée de rouge à son extrémité, peau aride, urines rouges et briquetées, excrétions rares, tendance aux hémorrhagies actives et fournissant un sang peu chargé de sérum, mais donnant un caillot volumineux, consistant et recouvert d'une couenne jaunâtre et épaisse.

Cette espèce d'ophthalmie se développe sous des conditions étiologiques assez particulières, que nous avons rencontrées chez des malades de nos salles : le sujet est disposé aux lésions actives et inflammatoires par son tempérament, ses forces, la tendance des mouvements sanguins ; on reconnaît bien des fois qu'il y a suppression ou suspension d'un écoulement sanguin fréquent. Ainsi, tel individu n'a plus des épistaxis comme autrefois; tel autre ne sent plus couler ses hémorrhoïdes. En général, les personnes chez lesquelles l'ophthalmie inflammatoire se développe, ont la peau sèche et les sécrétions rares; elles usent d'une nourriture excitante.

Des coups violents sont souvent la source de cette inflammation oculaire ; des blessures du pourtour de l'orbite, l'introduction de corps étrangers entre les paupières ou à travers les tuniques de l'œil, l'action prolongée des cils renversés, sont notées dans beaucoup de cas. L'influence des conditions atmosphériques favorise souvent la production de cette phlogose: ainsi, les variations brusques et fréquentes de température pendant un hiver rigoureux donnent lieu à bien des ophthalmies de cette nature; aussi a-t-on fait connaître plusieurs épidémies d'ophthalmies inflammatoires.

Nous n'avons jamais rencontré d'inflammation isolée

de l'iris, et nous avons établi les différentes raisons de ce fait. « Les oculistes allemands affirment, et moi je nie, écrit judicieusement M. Rognetta (1), que l'iritis n'existe jamais seul et indépendamment de toute phlogose oculaire ; je l'ai toujours vu associé à l'inflammation de la choroïde, de la cornée, de la cristalloïde, etc. »

Chez les sujets dont l'iris *surtout* est atteint de phlogose, on remarque une modification notable dans l'ouverture pupillaire, dont la forme et les dimensions sont changées; elle est, en outre, peu mobile ou même complètement privée de mouvement. La couleur de l'iris a aussi éprouvé des altérations variées suivant la teinte normale de cette tunique, ce qu'on reconnaît en comparant l'iris sain à celui qui est enflammé, et les portions moins lésées avec celles qui ont subi le plus de changement. L'œil est, en outre, humide, brillant; les capillaires de la sclérotique injectés sont souvent aussi ceux de la conjonctive. En même temps il existe une perturbation notable de la fonction visuelle, des douleurs sourdes du crâne, une répulsion vive pour la lumière, et un larmoiement très-marqué.

« Cette maladie, dit encore M. Velpeau (1), est caractérisée par la forme anguleuse, l'état floconneux du pourtour pupillaire, ou par des végétations et un aspect tomenteux du devant de l'iris. Le plus souvent aussi, des adhérences filamenteuses se sont établies entre le bord de la pupille et la face antérieure de la capsule du cristallin, de sorte qu'il y a synechie postérieure. » Ajoutons, enfin, que nous avons remarqué des vaisseaux très-distincts dans l'iris, et surtout à son bord pupillaire; du reste, les causes, les complications et les symptômes

(1) Cours d'ophthalm., p. 224.

(1) Manuel prat. mal. des yeux, p. 269; 1840.

généraux sont les mêmes que ceux dont nous avons parlé plus haut, touchant l'ophthalmie inflammatoire.

Une espèce de fluxion oculaire, non moins fréquente que la précédente, est celle qu'on appelle *scrofuleuse*, et que M. Velpeau s'efforce en vain de nier, en même temps que l'affection morbide dont elle est la dépendance ou l'expression. Parmi les phénomènes locaux de cette lésion, nous avons souvent noté une injection partielle autour de la cornée, des pustules blanchâtres ordinairement situées dans ce même lieu, de la photophobie très-prononcée et un spasme violent des paupières, sur de nombreux malades de notre service. Ce symptôme est surtout fort remarquable chez les enfants, auxquels il est difficile de faire ouvrir les paupières. Pour arriver à ce résultat, nous avons employé à l'Hôtel-Dieu, en 1846, la cautérisation d'une narine avec le nitrate d'argent; l'enfant ouvrait brusquement l'œil, que le praticien pouvait voir et toucher avec le même caustique. Chose bien étrange ! les journaux récents ont préconisé la cautérisation de la narine correspondant à l'œil atteint d'ophthalmie scrofuleuse comme moyen thérapeutique de celle-ci.

Les sujets sur lesquels nous avons étudié cette espèce d'ophthalmie évitaient l'impression de la lumière sur la rétine, en relevant la cornée sous la paupière supérieure. Ils contractaient la face, abaissaient la tête, recherchaient les lieux obscurs. On remarquait chez l'un d'eux les paupières et le nez rouges par l'écoulement continuel des matières muco-purulentes sécrétées par la conjonctive et par le larmoiement. L'irritation de la fosse nasale correspondant à l'œil altéré est tellement ordinaire et si marquée, qu'une petite fille éternuait fréquemment pendant toutes mes explorations.

Cette espèce d'ophthalmie présente encore des rémis-

sions notables le soir. La cornée est obscurcie, comme ramollie en certains points, où vont se montrer ou bien se trouvent déjà des ulcères à fond irrégulier, grisâtre, mou et traversé par des capillaires qui se continuent avec ceux de la conjonctive ou de la sclérotique ; la conjonctive est parfois épaissie.

Les ophthalmologistes insistent beaucoup sur la teinte grisâtre de la cornée comme caractéristique de la kératite scrofuleuse. En outre, MM. Carron et Furnari (1) assurent que cette membrane a une forme conique, comme celle des oiseaux du genre strix ; ce que nous constatons sur l'un de nos malades dont un œil est lésé.

C'est surtout dans cette espèce d'ophthalmie que les nuages, les nubécules, les taies, les ulcères de la cornée sont nombreux et ténaces. Il n'est pas rare de voir l'iris faire hernie à travers cette tunique ramollie et perforée par l'ulcère, ou constituer plusieurs hernies complètes ou incomplètes à travers plusieurs points ramollis de cette membrane très-saillante et formant un *staphyloma racemosum*. Nous avons observé un cas très-remarquable de cette espèce sur une jeune fille atteinte de scrofules : l'œil offrait un staphylôme total et un volume au moins double de son état ordinaire ; je fis l'extirpation presque totale de cet œil, et la guérison eut lieu au bout de trois semaines.

Si nous en croyons M. Velpeau, nous devrions presque passer sous silence l'ophthalmie syphilitique. « S'il est permis d'admettre une telle ophthalmie, dit cet auteur (2), il reste encore à démontrer qu'elle a des caractères locaux assez tranchés pour mettre les praticiens à même de la distinguer toujours des autres inflammations du

(1) Bull. thérap., T. XXVII, p. 120.
(2) Dict. en 30 vol., T. XXII, p. 174.

même organe, à la seule inspection de l'œil. » Voyons cependant les caractères assignés par la plupart des ophthalmologistes à cette espèce morbide que nous avons plusieurs fois occasion de vérifier au lit de nos malades ; disons, du reste, que John Hunter avait déjà émis l'opinion que l'on attribue au chirurgien de la Charité (1).

Si l'on était obligé de diagnostiquer les espèces morbides par les seules modifications locales des organes lésés, il est certain que l'on resterait souvent dans le doute. Aussi avons-nous dit que c'était à cette étude incomplète qu'il fallait rapporter la simplification exagérée dont M. Velpeau s'est montré partisan. Il est une variété d'ophthalmie dépendant du virus syphilitique, suivant que celui-ci s'est déposé primitivement sur la conjonctive et y détermine des chancres, ou lorsqu'il a déjà produit une affection constitutionnelle dont l'ophthalmie devient un symptôme consécutif. Cette dernière est le plus souvent observée.

En ce cas, on voit, à l'inspection de l'œil lésé, une aréole brune autour de la cornée, une déformation de la pupille, des granulations developpées à la surface de l'iris et qui, selon Beer et M. Furnari (2), sont des condylômes semblables à ceux disposés souvent à l'anus des individus en proie à l'affection syphilitique. On note encore des souffrances peu vives pendant le jour, mais intenses pendant la nuit ; la couleur rouge-orangé et quelquefois cuivrée de l'iris ; la lenteur de la marche de la maladie, et les épanchements plastiques, la diminution de volume du globe oculaire, ou l'enfoncement de cet organe dans le fond de l'orbite.

Il existait naguère à l'hôpital Saint-Eloi un sujet

(1) Traité malad. vénér., trad. p. 345.
(2) Bull. thérap., T. XXVII, p. 119.

atteint d'une double ophthalmie syphilitique : cet homme a eu plusieurs maladies vénériennes traitées incomplètement ou par des moyens purement anti-phlogistiques. Après avoir éprouvé plusieurs fois des douleurs au tibia où se montra même de la tuméfaction, ce malade ressentit des douleurs vives aux yeux, qui devinrent plusieurs fois enflammés. Alors les deux globes oculaires étaient injectés et douloureux, les souffrances spécialement nocturnes ; l'aspect de l'œil offrait une rougeur non pure et écarlate comme dans l'ophthalmie inflammatoire, mais une teinte rougeâtre ou cuivrée qui rappelait le caractère commun des maladies syphilitiques.

L'œil gauche de cet homme était fortement altéré ; la cornée a été ulcérée, ramollie, et a permis à l'iris de former hernie en dehors, de sorte que la pupille se trouvait tiraillée en dedans et un peu en bas. Cette disposition ne saurait être invoquée comme un des signes de l'ophthalmie syphilitique ; car, chez un autre malade atteint d'iritis de cette nature, la pupille était tiraillée verticalement, et Midlemore veut que cette distraction pupillaire se fasse en haut et en dehors. Aussi approuvons-nous M. Rognetta (1) de n'avoir confiance dans aucune de ces hypothèses. M. Sichel est obligé de dire : « Nous n'attribuons pas une valeur absolue à la différence de formes que la pupille affecte dans telles ou telles espèces d'iritis (2). »

Chez le malade dont nous parlons, les globes oculaires paraissaient en effet rapetissés ou très-enfoncés dans leur orbite ; l'œil gauche offrait un cercle violacé ou plutôt brunâtre autour de la cornée qui a perdu de sa transparence, comme si un nuage ou de la fumée légère exis-

(1) *Consist.*, p. 286.
(2) Traité cit., p. 429.

taient entre ses larmes. La surface de l'iris était un peu bombée, sale et cuivreuse, sans cependant présenter à notre observation les espèces de condylôme dont parle Beer. Cet ensemble de symptômes, joint à la connaissance des antécédents, était bien propre à faire diagnostiquer une ophthalmie syphilitique : un traitement spécifique a été ordonné depuis près de deux mois, et une amélioration très-notable s'est manifestée et a confirmé le jugement porté sur la nature de cette maladie.

Une autre espèce d'ophthalmie qui se rapproche de la précédente par la communauté de sa source, c'est celle qui est appelée *blennorrhagique* et dont nous avons souvent des exemples à l'Hôtel-Dieu. Rangée dans l'ordre des ophthalmies purulentes, celle-ci est remarquable par l'aspect et l'abondance de la matière provenant de la conjonctive, l'existence d'une blennorrhagie urétrale chez le même sujet, sa marche très-aiguë et sa terminaison ordinairement aussi fâcheuse que rapide.

Dans cette terrible maladie, toutes les parties de l'œil participent à l'inflammation ; l'injection est portée au plus haut degré ; la cornée perd rapidement de sa transparence et elle se ramollit ; la vue est bientôt suspendue, et il apparaît une matière jaunâtre ou verdâtre, semblable à celle fournie par l'urètre enflammé.

Cette ophthalmie se déclare rarement pendant la période aiguë de l'urétrite ; elle donne lieu à l'inflammation la plus considérable ; les paupières sont très-gonflées, dures à la base, et offrent l'apparence de parties atteintes de phlegmasie chronique. La matière caractéristique qui découle de l'œil est contagieuse, quoique Vecht et d'autres aient prétendu le contraire (1). « Cette maladie

(1) Trait. des mal. des yeux, p. 242.

est assez rare, dit Saint-Yves (1), et a pour principe une cause vénérienne. J'ai vu plusieurs personnes qui en étaient attaquées, la matière ayant cessé de sortir en partie par les voies ordinaires à cause d'une métastase ou un transport à l'œil par lequel il coulait une matière semblable. »

Nous n'agiterons pas ici la question de la production de l'ophthalmie blennorrhagique par métastase ou par l'application immédiate de la matière blennorrhagique. Les raisons pour ou contre ces deux modes de formation nous paraissent entachées d'exclusivisme, et nous admettons avec M. Stœber (2) que cette grave lésion est tantôt l'effet du contagium immédiat ou du dépôt du muco-pus urétral, et tantôt celui de la métastase. Nous croyons donc que M. Rognetta n'a pas suivi en ce point sa logique ordinaire. Tandis que l'œil en entier s'injecte, se gonfle énormément, que les membranes perdent de leur transparence et de leur résistance, le malade éprouve des douleurs atroces ; il se plaint d'une sensation de distension extrême qui se propage dans l'orbite. Cette turgescence inflammatoire et cette irradiation phlegmasique sont si rapides et si violentes, que les symptômes d'irritation cérébrale et méningienne ne sont pas rares. Le délire est enfin observé, et si le praticien ne se hâte de faire cesser cette espèce d'étranglement, la méningite peut déterminer la mort de l'individu avant que le globe oculaire se soit lui-même ouvert.

Dans tout ce que nous venons de dire, nous avons pu donner quelque développement à notre description, et discuter la valeur des symptômes et des opinions scientifiques, parce que nous avions pu juger de la vérité au

(1) Nouveau traité des mal. des yeux, p. 141.

(2) Man. prat. ophthalm., p. 332.

lit des malades. Aussi, nous avons pu parler avec connaissance de cause des ophthalmies catarrhale, inflammatoire, scrofuleuse, syphilitique et blennorrhagique. Ces espèces ne sont pas cependant les seules admises par les médecins le moins portés aux exagérations de l'oculisme. Sans doute, si nous voulions imiter la conduite de Midlemore, de Mackensie, Weller, Sichel, etc., etc., nous aurions à parler des ophthalmies veineuse, abdominale, varioleuse, scarlatineuse, morbilleuse, érysipélateuse, etc., etc.

Si nous poursuivions les diverses parties de l'œil susceptibles de fluxion ou de phlogose, nous devrions faire la description de la kératite superficielle, profonde, interstitielle, aiguë, chronique, de la capsulite, de la lentite, de l'hyalite, etc., etc.; mais sans tomber dans toutes ces exagérations des spécialistes, nous devrions encore tracer le tableau des ophthalmies des nouveau-nés, des armées, d'Egypte, de celle dite rhumatique, de l'arthritique ou goutteuse. Toutefois, n'ayant pu observer ces dernières espèces pathologiques, nous croyons convenable de borner ici nos réflexions cliniques. Après avoir montré que la goutte et le rhumatisme peuvent atteindre toutes les parties du corps, et surtout celles où se trouvent des tissus fibreux, l'œil ne peut être à l'abri des lésions de cette nature.

Dans le tableau clinique que nous venons de tracer des principales espèces d'ophthalmies, nous avons tenu aussi grand compte de l'état général du sujet que de son état local. Nous n'avons pas cru avoir établi tous les caractères nécessaires au diagnostic du mal, en décrivant avec minutie les dispositions morbides du globe oculaire: c'est que, s'il importe à la connaissance complète des maladies de ne pas oublier les deux faces du problème

pathologique, il est tout aussi important pour le traitement de ne pas perdre de vue ces deux conditions pathologiques.

Nous ne saurions trop le dire ici, parce que c'est un principe fondamental du traitement des ophthalmies comme de toutes les lésions morbides, il y a toujours deux indications principales à remplir dans le traitement : l'une se rapporte à l'état général et l'autre à l'état local du sujet. Voyons donc quels sont les moyens convenables à la curation des espèces morbides décrites précédemment.

La première espèce dont nous avons parlé, ou l'ophthalmie *catarrhale*, se trouve souvent sous la dépendance d'une atmosphère humide et froide ou de variations brusques de température auxquelles le malade s'est exposé. La première condition à remplir consiste à placer l'individu dans des circonstances contraires à celles qui ont donné lieu à la maladie. Mais dans les pays du Nord, sur les bords des grands fleuves, il n'est pas facile de soustraire les sujets à l'influence d'une atmosphère brumeuse et froide ; cependant l'habitation dans un lieu dont on aura échauffé l'air pourra diminuer l'action de cette atmosphère.

Souvent, avons-nous dit, l'individu est en proie à un état catarrhal très-prononcé : il faut combattre cet état morbide. Sans doute l'on voit assez fréquemment les lésions localisées de cette nature disparaître sans l'emploi des moyens dirigés contre la partie atteinte ; mais l'expérience clinique prouve qu'alors les maladies se dissipent beaucoup plus lentement et sont plus sujettes à récidiver. Nous ne sommes donc pas étonné de voir M. Velpeau rejeter l'emploi des évacuants dans le traitement des ophthalmies ; mais l'observation ne nous permet pas d'adopter une pareille exagération. S'agit-il d'un état

catarrhal avec embarras gastrique, il faut avoir recours à un vomitif au moyen de l'ipécacuanha. Le sujet présente-t-il les symptômes d'un embarras intestinal, il convient de préférer les purgatifs doux et salins.

Rarement l'ophthalmie catarrhale réclame-t-elle la saignée générale, à moins que la fièvre ne vienne se joindre à l'état catarrhal. Les recrudescences de fluxion et de douleur éprouvées le soir, dans la nuit, cèdent parfois, il est vrai, à une déplétion sanguine, comme nous avons pu le constater chez un militaire; mais le même effet est obtenu par des révulsifs sur les membres inférieurs; et d'ailleurs, quand on n'agit pas sur le tube intestinal, ces exacerbations reviennent facilement, tandis qu'elles se dissipent rapidement par des sinapismes placés aux jambes, dans le cas contraire.

Cette remarque nous montre un des avantages des purgatifs contre l'ophthalmie catarrhale. Ces médicaments produisent non-seulement l'évacuation des matières accumulées dans le tube digestif, une diaphorèse favorable quand on a recours à l'ipécacuanha, mais encore ils amènent une révulsion bien propre à modifier l'extension de la fluxion oculaire et des douleurs. Ainsi, nous devons comprendre les avantages publiés journellement par les médecins anglais de l'administration du calomel, substance que M. Pamard a beaucoup préconisée en France. Sans doute les praticiens d'outre-mer abusent de ce remède, qu'ils emploient dans presque toutes les maladies; mais l'on ne peut méconnaître son indication dans les ophthalmies en général, et surtout dans la catarrhale. En même temps l'on ordonne des tisanes sudorifiques et propres à rappeler la transpiration fort souvent troublée dans ce cas.

Tandis que l'ensemble de ces moyens combattra

l'état catarrhal et la tendance fluxionnaire, il conviendra d'avoir recours à des dérivatifs et aux topiques dont nous allons parler. Souvent ensuite l'application de quelques sangsues à la tempe, derrière les oreilles ou même à l'angle de la mâchoire inférieure, produiront un effet attractif avantageux. Il ne faut pas se hâter de recourir à ces émissions sanguines locales et surtout très-rapprochées de l'œil malade, de peur de favoriser la fluxion sanguine dont on veut triompher.

Les collyres émollients ont rarement des avantages marqués contre l'ophthalmie catarrhale; Ware vantait beaucoup une décoction de capsules de pavots et de fleurs de camomille. Nous avons recours à ce moyen, surtout quand la lésion est très-douloureuse. Dès que la fluxion et la douleur ont diminué et que le mal cesse de faire des progrès, l'application d'un vésicatoire au bras et puis à la nuque nous a paru produire d'excellents effets. Nous ne saurions recommander les scarifications à la face interne des paupières comme le fait Lawrence (1); mais nous reconnaissons la sagesse de ses réflexions thérapeutiques quand l'ophthalmie n'est pas aiguë.

Lorsque l'inflammation passe à l'état chronique, les astringents et les stimulants sont, non-seulement avantageux, mais nécessaires. Nous avons employé avec avantage une solution de nitrate d'argent, la pommade de Janin, préconisée par Scarpa, le sulfate de zinc ou de cuivre, la créosote et plusieurs autres topiques astringents, parmi lesquels on peut choisir presque indifféremment pour toucher légèrement la conjonctive.

L'*ophthalmie inflammatoire* réclame un ensemble de remèdes différant de ceux dont nous venons de parler. L'influence de l'air est, en général, ici moins

(1) Traité des maladies des yeux, p. 132.

marquée; mais, l'intolérance pour la lumière étant généralement plus grande, il faut placer le malade dans un lieu fort peu éclairé. L'œil sera recouvert d'un bandeau vert ou bleu. L'état pléthorique ou l'éréthisme sanguin seront combattus par un régime très-sévère et les débilitants de toute espèce : ainsi, une ou plusieurs saignées du bras seront pratiquées suivant l'indication particulière du cas actuel. Les évacuations alvines seront fréquemment provoquées par des potions ou des lavements purgatifs, car il est démontré que si ces ressources déterminent une révulsion toujours utile, surtout chez les sujets pléthoriques qui sont habituellement constipés, elles produisent un affaiblissement aussi grand qu'une émission sanguine générale.

Loin d'imiter M. Gensoul, qui, dans les maladies inflammatoires, privait les malades de toute boisson, nous croyons nécessaire d'administrer des tisanes émollientes et en grande quantité, car l'eau et les acidules sont de puissants anti-phlogistiques. Contre l'espèce d'ophthalmie dont il s'agit, les applications de sangsues en assez grand nombre, aux tempes ou derrière les oreilles, ont un bon effet et méritent d'être répétées suivant les cas. Les collyres émollients et laudanisés, puis astringents quand l'élan inflammatoire est tombé, seront mis en usage avec succès.

Nous n'avons jamais mis en pratique l'excision des capillaires saillants, mais nous concevons cependant leur utilité en certains cas fort rares. Nous avons été témoin des bons résultats obtenus de l'excision de certaines excroissances développées sur la conjonctive à la suite d'ophthalmies inflammatoires passées à l'état chronique. Il arrive, en effet, que cette phlogose est entretenue par des saillies fongueuses, situées surtout à la face interne de la paupière supérieure; l'excision de ces productions

morbides, à l'aide de petits ciseaux courbes, a amené une amélioration prompte et durable.

Quand il n'existe ni capillaires saillants ni excroissances vasculaires, l'ophthalmie chronique est parfois combattue avec succès par l'action du nitrate d'argent à assez fortes doses. Nous avons entendu M. Velpeau lire en son nom et en celui de M. Lassiauve, à l'Académie de médecine (1), un Mémoire sur les avantages de l'emploi des collyres avec 4 grammes nitrate d'argent par once d'eau contre les ophthalmies chroniques. Il fut prouvé immédiatement que cette médication était loin d'être nouvelle, puisque plusieurs médecins l'avaient déjà proposée et beaucoup vantée. Sans avoir été à même de reconnaître les résultats précieux d'un collyre aussi énergique, nous avons maintes fois constaté les heureuses modifications déterminées par l'application rapide d'un crayon de nitrate d'argent sur les conjonctivites et les kératites chroniques et rebelles à beaucoup d'autres moyens, de sorte que nous n'hésitons pas à mettre en usage un moyen si facile à employer.

Nous avons pu faire une application des plus avantageuses de cette énergique ressource dans un cas d'ophthalmie aiguë, et principalement interne. Nous avons décrit précédemment les symptômes graves offerts par cet individu où tout faisait craindre une prochaine suppuration et une désorganisation de l'œil droit. Nous cautérisâmes fortement la conjonctive à l'aide du nitrate d'argent, et nous eûmes recours à des révulsifs sur les parties inférieures. Cette cautérisation fut d'abord très-douloureuse, mais les souffrances se calmèrent rapidement, de sorte que le sujet put goûter, la nuit même, un repos suspendu depuis plusieurs jours.

Le lendemain, la phlogose avait diminué, et la maladie

(1) Séance du 8 septembre 1843.

marcha vers une guérison rapide : il se produisit un effet perturbateur et dérivatif du travail profond et le plus dangereux pour l'œil. Nous ne pouvons, du reste, douter de l'excellence de cette conduite, car nous eûmes à en constater la justesse à deux reprises successives. Le malade s'étant levé ensuite et voulant reprendre trop tôt ses occupations habituelles, disposé d'ailleurs aux congestions céphaliques, fut saisi par trois fois de la même ophthalmie inflammatoire, et trois fois la même pratique amena la même guérison, qui est maintenant solide depuis plusieurs années.

Le traitement de l'*ophthalmie scrofuleuse* réclame impérieusement l'emploi des médicaments dirigés contre l'affection dont l'ophthalmie est l'expression, en même temps que des moyens dirigés contre l'état local. Nous avons vu, sur une petite fille, combien la négligence des remèdes internes pouvait rendre la guérison incomplète, les récidives fréquentes et les conséquences graves pour les fonctions du globe oculaire. Cette malade, qui avait subi un traitement interne toujours incomplet, avait éprouvé trois récidives, et enfin l'œil droit devint le siége d'un staphylôme total, qui nécessita l'extirpation à peu près entière de l'organe profondément altéré.

Les médicaments propres à combattre l'affection strumeuse sont, en général, les toniques, l'huile de foie de morue, le chlorhydrate de baryte, les préparations d'iode ou d'or. Les bains généraux aromatiques, l'administration intérieure d'une solution iodée par cuillerées, ou l'emploi de l'oxyde d'or ou du chlorhydrate d'or en pilules ou en frictions, nous ont souvent donné des résultats désirés. Le régime doit être rarement sévère en ces cas où les sujets sont plus ou moins débiles ; aussi nous ne saurions approuver certains praticiens qui préco-

nisent la saignée générale. Si la fluxion est vive, il faut recourir aux sangsues placées loin de l'organe lésé, aux vésicatoires autour des bras, puis à la nuque. En même temps on retire des effets avantageux des pédiluves simples ou sinapisés, des cataplasmes sinapisés autour des pieds.

Pour combattre l'extrême photophobie qui se rencontre surtout dans cette espèce d'ophthalmie, M. Rognetta met en usage des pilules composées de calomel et de belladone, dont il donne trois par jour. Nous avons employé dans le même but la pommade belladonée autour des paupières. Quand la forme active du mal a cédé heureusement à l'ensemble de ces moyens, on a recours aux collyres astringents ; mais le nitrate d'argent, promené rapidement sur la conjonctive et sur la cornée, nous a paru le plus facile et le plus efficace de ces moyens; parfois nous avons mis en œuvre avec succès la solution de ce sel caustique.

Pendant la durée de l'ophthalmie scrofuleuse, il existe souvent sur la cornée des ulcères dont la cicatrisation donne lieu à des nuages, à des taies, qui compromettent la transparence de cette membrane. Les opacités de cette tunique sont encore formées, entre les lames, par des dépôts plastiques, puriformes, ou par des cicatrices interstitielles. Les applications fréquentes du nitrate d'argent ont fait souvent disparaître ces lésions graves par l'obstacle qu'elles apportent à la vision. Mais un pareil traitement, dans lequel les remèdes internes entrent toujours pour beaucoup, demande plusieurs mois de durée, et, malgré tous les soins les mieux entendus, il reste fréquemment des taies incurables sur la cornée.

Afin de détruire ces opacités, on a proposé à diverses époques de les enlever. M. Malgaigne a renouvelé une

semblable pratique, et paraît avoir obtenu un demi-succès dans un cas de taie superficielle. On peut craindre en ces circonstances, comme Scarpa le signale, la reproduction de l'opacité, par l'effet de la cicatrisation de la perte de substance que l'on vient de produire en excisant une des lames de la cornée. Mais les opacités ont parfois beaucoup d'épaisseur ou elles sont profondes; et alors la cicatrice qui suivrait une excision aussi considérable rétablirait ou même aggraverait la taie. Bien plus, on a vu se produire la hernie des lames postérieures de la cornée à travers la portion excisée ou affaiblie; aussi cette opération est-elle blâmable.

Si l'action de remèdes internes est utile et indispensable, c'est contre l'*ophthalmie syphilitique*. Ici, aucune ressource extérieure ne peut remplacer les spécifiques connus contre l'affection syphilitique, et l'erreur de diagnostic entraîne toujours des récidives et des désordres étendus. Nous en avons en ce moment un exemple remarquable dans les salles de clinique. Le sujet dont nous parlons a vu trois fois l'ophthalmie reparaître, parce qu'il n'a subi qu'un traitement fort incomplet, en vue de la syphilis dont il était atteint. Lorsqu'il est entré cette fois dans le service des blessés, les deux yeux étaient phlogosés et le gauche pouvait être regardé comme perdu, quand on a connu la nature du mal et administré les pilules de Sédillot.

Rien n'égale la rapidité des changements avantageux survenus à la suite de l'administration des préparations mercurielles. Chez un militaire soumis à nos soins, les douleurs et la phlegmasie ont cessé, l'œil droit a repris rapidement son état normal, et le gauche présente une amélioration aussi prompte qu'inespérée. La cornée est déjà translucide et permet la vision, la hernie de l'iris

s'est presque effacée, les souffrances sont à peu près nulles : cet homme a obtenu une guérison rapide et durable. Cependant l'administration des médicaments spécifiques ne suffit pas dans la plupart des cas ; comme l'œil est menacé de perdre la translucidité de ses milieux par le travail inflammatoire et spécifique, il faut souvent dompter ce dernier et prévenir ses suites à la faveur des moyens débilitants et des attractifs.

Il en est bien autrement du traitement des *ophthalmies purulentes*. Soit blennorrhagique, soit des nouveau-nés. soit des armées, la lésion présente la plus grande opiniâtreté et les conséquences les plus graves, malgré l'emploi des remèdes les plus énergiques. « En 1829, dit M. Rognetta (1), Astley Cooper vint à la clinique de Dupuytren. Ce dernier lui montra un jeune homme qui se trouvait dans le cas en question. Le chirurgien anglais prescrivit la médication suivante : Rappeler l'écoulement urétral à l'aide d'une sonde en permanence dans l'urètre, donner toutes les deux heures une pilule de 5 grains de calomel jusqu'à salivation. « Cela fut fait, mais sans aucun avantage; l'œil a éclaté deux jours après. » Cependant M. Boyer fils assure avoir vu l'ophthalmie se dissiper comme par enchantement, par la réapparition de l'écoulement génital, supprimé chez une jeune fille (2); et nous venons d'obtenir un résultat analogue chez un militaire de notre service.

Contre une maladie dont la marche désorganisatrice est si rapide et si puissante, les moyens débilitants ordinaires n'ont communément aucune influence notable. Vainement on répète les saignées générales, les applications des sangsues, les purgatifs, les vésicatoires au bras et à

(1) *Loc. cit.*

(2) Traité de la syphilis, p. 257.

la nuque, rien ne peut arrêter les progrès presque inévitables du mal. En présence de cette tendance fâcheuse et de l'impuissance thérapeutique, on a dû nécessairement chercher à détruire le foyer du mal commençant. Dans ce but, on n'a pas craint de mortifier la conjonctive lésée, à la faveur d'une solution concentrée de nitrate d'argent. Mais cette ressource est dangereuse, en ce que l'on ne peut limiter à volonté l'action du caustique.

N'accordant pas une grande confiance à la vertu des caustiques ou des astringents, le professeur Sanson eut plusieurs fois recours à l'excision presque totale de la conjonctive, imitant ainsi la conduite de ceux qui, pour guérir promptement des chancres, les emportent avec les tissus sur lesquels ils commencent à se développer. Nous convenons que cette pratique est très-puissante et, en apparence, capable d'extirper le mal; toutefois, comme la phlogose spéciale qui atteint le globe oculaire ne se borne pas à la conjonctive, les autres parties de l'œil doivent reproduire le mal ou permettre ses progrès après cette excision. Nous donnerions donc la préférence à la cautérisation aidée des anti-phlogistiques. Il arrive, enfin, des cas où le médecin appelé auprès d'un malade menacé de délire et en proie à de violentes souffrances causées par la turgescence excessive de l'œil, doit se hâter de fendre le globe oculaire, déjà du reste désorganisé, afin de faire cesser l'étranglement et les autres accidents qui en sont la conséquence. Dès ce moment, la scène pathologique diminue d'intensité, et les moyens anti-phlogistiques amènent le rétablissement de la santé avec perte de l'œil lésé. Le traitement que nous décrivons est à peu près celui que les auteurs prescrivent à l'égard des autres espèces d'ophthalmies

purulentes. Pour terminer notre revue clinique, il nous resterait à dire quelques mots des *ophthalmies rhumatique et goutteuse;* mais nous n'avons pas eu encore d'exemple de ces espèces d'ophthalmies, dont le traitement doit, du reste, reposer sur les règles générales que nous avons énoncées.

ARTICLE VII.

EXAMEN CLINIQUE DU TRAITEMENT DES FRACTURES.

En présence des travaux infinis dont ce sujet a été la source, il semblerait cependant que la science et la pratique devraient avoir atteint toute la perfection désirable. Il n'en est rien pourtant, et soit attention plus grande des observateurs, soit rigueur plus considérable des médecins, soit enfin cet esprit de doute qui naît de la lecture des annales de notre art, cette vaste partie de la pathologie et de la thérapeutique chirurgicales a été et se trouve incessamment revue, modifiée de diverses manières.

Quand on considère en effet, d'une part, l'état de la chirurgie touchant les fractures, dont l'ouvrage du célèbre professeur Boyer nous donne la fidèle expression, et de l'autre, les idées émises par Sauter, Mayor, Seutin, Velpeau, Malgaigne, Jobert de Lamballe et une foule d'autres auteurs d'un grand mérite, on se demande à quels principes on doit s'arrêter maintenant. Ce besoin de la pratique médicale, nous l'avons senti fortement, et nous nous sommes proposé de le satisfaire en consignant ici ce que notre observation prolongée dans les hôpitaux nous a permis d'enseigner.

Un ouvrage qui, de nos jours, s'est montré digne de la haute position de son auteur, nous parut s'annoncer

comme propre à remplir nos vues et nos désirs. Le livre de M. le professeur Malgaigne (1) est rempli de réflexions et de faits pleins d'intérêt; mais l'habile professeur oublie ou méconnaît les méthodes thérapeutiques pour décrire les appareils ordinaires. Sans doute, dans l'appréciation de la valeur des divers genres de moyens, l'écrivain fait sentir leur utilité clinique; mais il n'élève pas l'esprit du praticien dans ces régions du jugement et de la pensée, qui dirigent les médecins dans l'exercice de cette chirurgie réfléchie, devant laquelle les détails sont conçus aisément et n'absorbent pas l'intelligence et le but de l'art.

Le traitement des fractures comporte les trois indications générales que l'on retrouve dans celui de toutes les lésions physiques ou mécaniques dont le corps humain peut être atteint. Plaie ou hernie, luxation ou fracture, il faut replacer les parties dans leurs rapports normaux, les y maintenir tout le temps nécessaire à leur réunion, enfin prévenir ou dissiper les complications. Examinons de nouveau ces trois conditions du problème thérapeutique.

Et d'abord, la *réduction* des fractures a subi peu de modifications de nos jours; toutefois, elle est opérée peut-être d'une manière plus simple et moins douloureuse. Les mains d'aides et celles du praticien suffisent, dans presque tous les cas, pour replacer les fragments dans leurs rapports naturels. Très-rarement l'on a recours à ces tractions énergiques, et encore moins aux moyens mécaniques dont les auteurs du siècle dernier ont vanté bien des fois l'application. Rarement les débridements, les résections sont nécessaires pour arriver au résultat désiré. On a, d'ailleurs, maintenant une res-

(1) Traité des fractures, des luxations; Paris, 1847.

source précieuse pour surmonter les plus grands obstacles à la réduction des fractures, lors même que les bouts de l'os brisé sont passés à travers les parties molles qui les étranglent. Les inhalations anesthésiques et celles du chloroforme, en particulier, amènent un relâchement suffisant de tous les tissus pour permettre la rentrée des portions osseuses déplacées.

A moins d'une circonstance insolite, on se presse beaucoup moins aujourd'hui d'opérer la réduction. Loin de croire à la nécessité de replacer les fragments dans leur contact normal aussitôt après l'accident, les chirurgiens de nos jours sont persuadés qu'on peut attendre un septénaire et même davantage sans contrarier le succès de la consolidation. Convaincus que l'irritation et l'inflammation des tissus voisins, causes des obstacles ordinaires à la réduction, se dissiperont en une semaine environ, ils combattent avec soin ces complications morbides avant de s'efforcer d'obtenir la coaptation.

Ces principes thérapeutiques sont basés non-seulement sur des résultats avantageux et multipliés, mais encore sur des recherches d'anatomie pathologique pleines d'enseignements précieux. L'étude de la formation du cal, depuis J. Hunter, Duhamel-Dumonceau, Howsihp, Dupuytren, Breschet, Flourens, etc. (1), a démontré non-seulement que le cal passait par des phases variées d'organisation, mais encore que celle-ci s'opérait vers le cinquième jour chez les enfants, vers le douzième jour chez les adultes, et vers la troisième semaine chez les vieillards. Pourquoi donc, avant ces époques respectives, s'évertuer à pratiquer la réduction dans les cas difficiles? Pourquoi faire des opérations douloureuses et parfois pleines de dangers, alors que le résultat théra-

(1) Alquié, Rech. expér. cal; Montpel., 1844.

peutique peut être obtenu au moyen tantôt de l'anesthésie et tantôt d'une sage expectation ?

Contre cette manière d'agir l'on a allégué l'irritation des parties molles que doivent provoquer les bouts irréguliers des fragments. Mais ces tissus, presque toujours contus, déchirés, sont beaucoup moins sensibles que la considération de leur état normal porterait à le supposer. Enfouis dans du sang nécessairement infiltré ou épanché autour de la fracture, les bouts osseux en deviennent bien moins irritants ; leur contact inévitable avec les parties molles, que l'on ne saurait préserver entièrement parce que la contention ne saurait être rigoureusement continuée, deviendrait bien plus irritant par l'application d'appareils dès le premier moment de l'accident.

Du reste, la réduction n'est pas la partie du traitement des fractures sur lesquelles les incertitudes de la pratique demandent le plus à être fixées : la *contention* est certainement bien plus importante et bien plus controversée de nos jours. La diversité des opinions et de la conduite des chirurgiens à cet égard nous paraît provenir, en partie, de la manière d'envisager la valeur et l'utilité des appareils pour remplir les indications thérapeutiques. Il est peu de lésions qui aient donné lieu à de plus nombreux remèdes, à des moyens plus divers. Les fractures sont tellement variées dans leurs conditions locales et générales, que les bandages, les appareils, les instruments les mieux conçus d'abord ont dû échouer en présence de nouveaux cas et en des mains différentes.

Il nous paraît que les hommes de l'art considèrent trop exclusivement les moyens thérapeutiques, et pas assez les méthodes qui doivent en diriger l'emploi dans la

plupart des circonstances. Ce n'est pas tant un remède qui, en général, amène un résultat heureux, que la manière de l'appliquer suivant le but thérapeutique. Dans le traitement des fractures, le chirurgien doit moins se préoccuper des appareils à mettre en usage que du mode par lequel il doit obtenir une bonne consolidation. En présence, je suppose, d'un cas où les fragments ont la plus grande tendance à se déplacer, on reconnaît la nécessité d'exercer des tractions permanentes, et selon le cas actuel; ce fait bien constaté, il est facile de choisir ou de fabriquer soi-même un appareil aussi simple que possible, et avec les objets que les circonstances vous mettent sous la main. Ainsi, l'homme de l'art ne croit plus à l'absolue nécessité d'employer le bandage de Desault pour une fracture de la clavicule, celui de Boyer pour la brisure du col du fémur, celui de Dupuytren pour une division du péroné, etc.; il voit le but, le mode général du traitement, et met en usage ce que les lieux et les personnes lui permettent le plus aisément d'appliquer.

A notre avis, il faut donc s'attacher surtout aux méthodes et beaucoup moins aux moyens de traitement, comprendre les indications générales de la plupart des fractures, et apprécier ainsi à leur juste valeur les bandages et les appareils trop multipliés et trop souvent modifiés. En observant attentivement les nombreux faits passés sous nos yeux, nous avons remarqué que l'on peut admettre pour les fractures les méthodes thérapeutiques suivantes que nous avons enseignées depuis plus de dix ans dans nos cours particuliers (1). Tantôt les bouts osseux tendent à rester en contact pendant tout le temps exigé pour la consolidation; toute traction,

(1) Malfroy, Thès. Montp. 1843, p. 47.

toute pression, toute action, enfin, un peu puissante de la part du praticien, devient inutile et même parfois dangereuse. Les cas de ce genre sont loin d'être rares : les fractures du crâne, de la face, des vertèbres, des extrémités de la clavicule, du sternum, des côtes; les divisions transversales du corps de l'humérus, du tibia, du péroné et de plusieurs autres parties, viennent se ranger dans cette catégorie. Il suffit alors de laisser les parties presque livrées à elles-mêmes, en faisant éviter les secousses considérables ; il suffit de l'application de simples moyens contentifs, pour obtenir une apposition régulière et permanente des bouts osseux et la consolidation désirée.

Observation. — Un militaire âgé de 25 ans, doué d'un tempérament sanguin, vint à l'hôpital Saint-Eloi le 12 janvier 1837 : il se plaignait de douleurs dans l'épaule, survenues à la suite d'une chute faite sur le coude et l'épaule gauche du haut du lit, datant de quinze jours, pendant lesquels le malade fut traité à l'infirmerie par de simples topiques résolutifs. En examinant la clavicule de dehors en dedans, je reconnus la proéminence du fragment interne et une fracture existant sur le point sus-coracoïdien, de telle sorte que le ligament coraco-claviculaire maintenait également les fragments. Le bras pouvait exécuter d'assez nombreux mouvements, toutefois en déterminant de la douleur dans le lieu de la fracture; mais il ne pouvait être porté sur la tête. Un coussin conique est placé dans l'aisselle, et le bras est rapproché du tronc au moyen d'un bandage simple. Enfin, la fracture se consolide avec peu de difformité, les mouvements du bras sont assez libres, et ce militaire quitte l'hôpital le 5 février suivant (1). — Nous avons suivi la même méthode

(1) Bullet. méd.; Bordeaux, 1837, p. 360.

chez un jeune homme qui vint dans notre service au mois de février dernier (1851). Ici la fracture occupait le milieu de la clavicule; un simple bandage de corps et un jet de bande placée en scapulaire nous ont suffi. Du reste, il faut encore ajouter que l'indocilité et l'inintelligence de ce sujet nous font accorder le résultat bien plus à la position seule dans le lit, qu'à l'appareil simple mis en usage.

Sous cette même indication majeure de traitement viennent se ranger la plupart des fractures compliquées de plaies étendues, d'esquilles, d'escarres ou d'autres accidents qui réclament des pansements fréquemment répétés. Enfin, on doit y comprendre les cas où l'impuissance de l'art est telle, que, malgré le nombre de moyens successivement préconisés et abandonnés, l'expérience conduit à abandonner le résultat curatif presque aux seuls efforts de la nature. Dans toutes ces circonstances, le but que le chirurgien a en vue, l'objet qu'il veut remplir pendant le traitement, est de se confier à la tendance naturelle des parties, et de favoriser cette disposition satisfaisante à l'aide de moyens simplement contentifs. Telle est la méthode que nous appelons la *contention simple*.

Déjà Sabatier et Ledran, au sein de l'Académie de chirurgie, et plus tard A. Cooper, Anthaume, Chaussier, etc., l'avaient préconisée pour le traitement des fractures du col du fémur; Flajani, Richerand, etc., pour celles de la clavicule, et nous l'avons vu maintes fois mettre en usage dans plusieurs services des hôpitaux de Paris. Mais personne n'a appliqué cette méthode avec plus de soin et d'étendue que M. le docteur Jobert de Lamballe. L'ancien chirurgien de l'hôpital Saint-Louis se contente pour *toutes les fractures* de maintenir les deux extrémités

du membre blessé au moyen de simples lacs, sans mettre aucun bandage autour du lieu fracturé, persuadé que les différents bandages contrarient la consolidation, et que les muscles finissent par se mettre dans le relâchement. M. Jobert laisse ses malades au lit, sans les soumettre à l'usage des appareils si généralement employés. Ainsi, nous avons vu traiter des fractures de la clavicule, du col et du corps de l'humérus, des os de l'avant-bras, du col et de la diaphyse du fémur, de la rotule, etc.

Récemment, le docteur Hancock a vanté l'application de cette méthode dans le traitement de toutes les fractures de côtes, qu'il veut constamment traiter sans appareil ni bandage, ni même à l'aide de la phlébotomie, moyens selon lui inutiles et même dangereux (1). Le but des bandages est d'empêcher le mouvement des muscles intercostaux; mais cet auteur prétend que les muscles en rapport avec la fracture n'agissent pas. Le bandage, en pressant les côtes, porte les fragments contre la plèvre et le poumon ainsi irrités, de manière à déterminer parfois un état très-grave que la suppression de l'appareil a fait disparaître promptement. Le praticien anglais conseille seulement l'administration de l'opium chez ces malades. Nous ne doutons pas qu'en certains cas la pratique du docteur Hancock ne soit avantageuse, comme on le sait déjà, et que nous venons de le vérifier sur un maçon fortement blessé durant la construction de notre palais de justice. Toutefois, cette manière d'agir nous paraît être défavorable chez des personnes qui, comme deux malades de notre service, sont en même temps atteints de fractures de côtes, de catarrhe pulmonaire; alors la

(1) *The Lancet*, 1850.

contention du thorax par un bandage de corps semble offrir de véritables avantages (1).

Obs. — Jean Fesquet, âgé de 64 ans, né à Montpellier, serrurier, d'un tempérament bilioso-sanguin, d'une constitution assez forte, est entré, le 12 décembre, dans nos salles de clinique. Cet homme a fait, le 10, une chute grave qui a occasionné les désordres que nous allons signaler.

Le malade raconte qu'étant poursuivi la nuit dans une rue glissante et disposée en plan incliné, il se laissa tomber: la chute eut lieu sur le côté droit et fut très-violente; le sujet, voulant se relever aussitôt pour ne pas être atteint, s'embarrassa de nouveau dans son bâton et fit une seconde chute, mais cette fois du côté gauche. Malgré ces deux chutes consécutives et violentes cet homme ne perdit pas connaissance, mais une hémorrhagie abondante eut lieu par le nez: le malade évalue cette perte de sang à plus d'un demi-litre.

Cet homme, habitant la ville, est resté deux jours chez lui sans se faire soigner, ou du moins sans appeler de médecin. Aujourd'hui, jour de son entrée à l'hôpital, il présente une contusion qui occupe la pommette gauche et l'œil de ce côté; toutes les parties qui environnent l'organe sont contuses, ainsi que le nez, qui, augmenté de volume, présente une déchirure étendue le long de sa crête; le coude droit est aussi le siége d'une contusion légère.

Le malade présente, en outre, une fracture de la huitième côte droite, au tiers postérieur environ de cette côte. La crépitation, quoique obscure, se perçoit néanmoins sur cet os au niveau du point désigné ci-dessus; ce point est aussi le siége d'une douleur que le malade compare à

(1) Rev. thérap. du Midi, T. II, p. 91. 1851.

celle qui résulterait de l'introduction d'un corps piquant. Cet homme respire avec beaucoup de peine ; il a une toux fréquente et toujours accompagnée de crachats muqueux abondants et assez épais. Il est obligé, pour les expulser, de s'asseoir sur son lit et de saisir ses draps avec ses mains portées en avant. Il parle avec peine, et sa parole est saccadée et entrecoupée. Il n'y a pas de douleur du côté gauche ; l'épigastre n'est pas douloureux à la pression. Le décubitus sur le côté gauche est très-pénible et presque impossible. La face est rouge ; il y a sentiment de chaleur à la tête, mais non céphalalgie. La langue, rouge sur ses bords, est recouverte d'un enduit jaunâtre assez épais. L'appétit est nul, la soif modérée ; les selles sont normales, ainsi que les urines. Le pouls est dur et plein, sans fréquence. La respiration est courte et fréquente, elle est accompagnée de crépitation de la côte fracturée ; le malade perçoit très-douloureusement cette crépitation. La percussion donne un son mat dans toute l'étendue des deux poumons. (Diète absolue; 10 sangsues sur le point douloureux; cataplasme laudanisé à la chute des sangsues ; potion laudanisée ; tisane d'orge sucrée chaude.)

13 décembre. — Le malade souffre un peu moins, mais souffre encore beaucoup; la respiration est toujours très-difficile, courte et fréquente ; même difficulté pour parler et pour cracher. La toux est toujours fréquente et douloureuse ; elle est toujours accompagnée de crachats très-épais, visqueux, muqueux. L'expectoration est très-difficile et douloureuse pour le côté droit ; il n'y a pas eu de crachats sanguinolents. La langue est toujours chargée de l'enduit jaunâtre ; même anorexie, soif modérée ; pas de selles d'hier à ce matin. Le pouls est moins dur et plein. (Diète ; cessation de la potion.)

Le 14 décembre, le malade se sent beaucoup mieux ; le pouls est moins plein ; la respiration est plus facile, plus large et moins fréquente. Cependant le point qui correspond à la côte fracturée est toujours très-douloureux ; le malade s'en plaint beaucoup. La toux est moins fréquente ; les crachats aussi abondants, mais beaucoup moins épais : le malade les expulse bien plus facilement. Il y a eu deux selles normales ; le malade se sent de l'appétit.

Le 16, le malade ne ressent plus qu'un peu de douleur et de crépitation lorsqu'il tousse. La toux est beaucoup plus rare ; les crachats sont moins abondants et moins épais. Le pouls est normal, la face naturelle. Cet homme reste levé toute la journée, et peut même se promener dans les salles.

Du 17 au 19, le malade entre pleinement en voie de guérison, sauf la douleur légère causée de temps à autre par le déplacement des fragments ; son état est satisfaisant. M. Alquié laisse la fracture se consolider d'elle-même : son intention est de ne pas appliquer d'appareil.

Du 19 au 24, toute complication a cessé d'exister ; le malade ne présente plus que la fracture, dont la crépitation est douloureuse pour lui lorsqu'il tousse ou qu'il fait tout autre effort.

Le 24, malgré l'avis contraire du chirurgien en chef, cet homme sort de l'hôpital dans un état satisfaisant.

(Cas confié à l'observation et aux soins de l'élève Bringuier.)

La lecture de ce fait nous semble prouver que le défaut de bandage en pareille circonstance est propre à entretenir la mobilité des fragments, l'irritation des parties molles, les douleurs, et à rendre la consolidation plus longue et plus pénible. Mais en dehors de ces faits com-

pliqués, les résultats que nous avons pu observer dans les salles de M. Jobert, ont singulièrement modifié nos idées sur la nécessité des bandages et appareils, sur les tractions musculaires, comme obstacles à la coaptation prolongée. Sans doute tous les cas cliniques ne nous ont point offert un résultat parfaitement irréprochable; mais du moins ils étaient pour la plupart tout aussi satisfaisants que ceux obtenus à l'aide des ressources fatigantes, et parfois nuisibles, ordinairement employées en pareilles circonstances.

Obs. — Depuis près de dix ans, nous avons mis en pratique cette méthode sur un homme atteint d'une fracture du col du fémur, suivant l'exemple de Sabatier, Anthaume, etc. (1). Au mois de mai 1846, le nommé Fesquet, âgé de 48 ans, d'une constitution peu robuste, travaillait à creuser un puits, dans lequel il tomba violemment sur un tas de pierres et d'instruments de travail. Retiré avec peine de ce lieu, cet homme présentait de fortes contusions à la tête, à l'hypochondre droit, et une fracture intra-capsulaire du col du fémur du même côté. Le repos au lit, la position convenable et le régime sévère furent les moyens que nous mimes en œuvre pendant les premiers jours. Dès que les accidents nerveux et inflammatoires nous parurent éloignés ou suffisamment combattus, nous eûmes recours à un coussin triangulaire sur lequel le membre fut placé à la manière de Earle. Mais cette position ne put être supportée, car elle réveillait la douleur éprouvée par cet homme dans l'hypochondre droit, et qui, liée à différents autres symptômes, annonçait une hépatite, suite d'une violente contusion. Il fallut donc se résigner à laisser le membre fracturé dans une position convenable, que le malade

(1) Bullet. thérap., T. IX, p. 23.

docile conservait assez bien, et que nous régularisions de temps en temps. Tel fut le seul moyen mis en usage pendant deux mois de traitement, après lesquels cet homme s'exerçait prudemment à la marche. D'abord, la claudication était prononcée ; mais elle s'effaça au bout de plusieurs mois, de manière à permettre à ce cultivateur de reprendre ses pénibles travaux, qu'il continue aujourd'hui (1851). La fracture du col du fémur fut ici très-manifeste, et cependant le résultat du traitement sans appareil a été aussi avantageux qu'il serait permis de l'espérer de meilleurs et de plus pénibles moyens si vantés à diverses époques de nos jours. Cet exemple nous a engagé à nous conduire de la même manière en plusieurs cas de ce genre, et nous avons ainsi compris la justesse des paroles suivantes de A. Cooper : « Trompé dans mes tentatives par la guérison de ces fractures en voyant la santé de mes malades s'altérer sous l'influence des moyens qui ont pour but la réunion, si j'étais moi-même atteint de ce genre de fracture, je ferais placer un coussin sous le membre dans toute sa largeur, un autre serait roulé et placé au-dessous du genou, et le membre serait ainsi étendu pendant dix ou quinze jours, jusqu'à ce que l'inflammation, la douleur fussent dissipées. Alors je me lèverais et je m'assiérais dans une chaise élevée, afin de prévenir un degré de flexion qui serait douloureux, et marcherais avec des béquilles jusqu'à la consolidation, afin de diminuer la claudication (1). »

Toutefois, quoique les faits soumis à notre examen nous aient démontré la possibilité d'étendre les applications de la méthode de la contention simple, nous sommes loin d'embrasser entièrement l'enthousiasme de l'ancien chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. La nécessité où sont

(1) Œuvres chirurg., trad. 1837.

les malades de rester immobiles au lit pendant un ou deux mois, n'est pas sans inconvénient et même sans danger, surtout pour les personnes très-faibles ou avancées en âge. Sans doute les fractures du membre pelvien comportent un pareil assujétissement, au moins dans la plupart des cas; il n'en est pas de même pour celles des membres thoraciques qui ne contre-indiquent pas la marche, si utile bien des fois.

Nous ne pensons pas davantage que la présence d'un bandage autour de la partie blessée contrarie la formation régulière du cal. Les anciens, les Arabes et les Arabistes, il est vrai, croyaient faussement pouvoir façonner la substance du cal et lui donner une forme voulue à la faveur des circulaires autour du lieu fracturé. Un bandage mal appliqué ou trop fortement serré peut gêner, dévier ou empêcher l'organisation plastique; mais un appareil ordinaire et convenablement disposé n'a point cette fâcheuse influence : trop de faits viennent le prouver journellement.

On peut parfois atteindre le but de la contention simple, tout en permettant aux malades de se livrer à l'utile exercice d'une marche modérée. Les appareils ordinaires, composés d'une bande roulée autour du membre lésé, de paillassons et d'attelles, maintiendront suffisamment l'extrémité thoracique dont les os auront de la tendance à rester en contact, et permettront aux sujets de quitter le lit après le premier ou le second septénaire. Dans les cas de ce genre, l'emploi des mouchoirs et des moyens de déligation, si bien exposés par Mathias Mayor, pourront avoir une utile application.

Nous avons précédemment exposé les indications de la méthode de la contention simple, qui consiste à maintenir les membres fracturés, suivant la tendance favorable

que les fragments affectent spontanément. Cette méthode thérapeutique, avons-nous dit, convient lorsque l'action musculaire, le poids du membre, la forme des bouts osseux ne présentent pas de disposition à se déplacer fréquemment. Alors de simples bandes placées aux extrémités du membre brisé, ou l'appareil que l'on emploie ordinairement pour beaucoup de fractures, trouvent leur application utile.

Malheureusement il n'en est pas toujours ainsi; toutes les fractures ne sont pas disposées aussi favorablement. Beaucoup d'entre elles ont des fragments placés obliquement et peu propres à rester dans un contact permanent. En bien des circonstances, la contraction des muscles qui entourent la solution de continuité attire les bouts osseux en des sens divers. En certains cas, le poids des parties vient augmenter encore cette fâcheuse tendance. Ainsi, la plupart des fractures de la clavicule présentent un chevauchement opiniâtre et très-notable des deux fractions osseuses; le poids du membre supérieur, l'action des muscles puissants qui du tronc se rendent à la coulisse bicipitale de l'humérus, accroissent encore ce déplacement, et le rendent permanent si l'on n'intervient pas. Les brisures du col de l'humérus, celles de l'extrémité inférieure du même os se comportent d'une manière analogue. On sait combien il est rare que les divisions de l'olécrâne, de la diaphyse du cubitus ou du radius, ne tendent pas à l'éloignement des fragments. Si nous jetons un coup-d'œil rapide sur les principales solutions de continuité dont le squelette du membre abdominal peut être le siége, nous y rencontrerons des exemples non moins marqués de la tendance fâcheuse que nous signalons. Les sections du col du fémur s'accompagnent de déplacement presque toujours; en beaucoup de cas il

en est de même pour les brisures de la diaphyse du même os ; la rotule nous en présente encore de nombreux exemples ; les fractures du tibia et du péroné sont souvent dans les mêmes conditions ; et nous pourrions grossir le nombre des cas de ce genre, en passant en revue les autres parties du squelette.

Dans toutes ces circonstances, il serait irrationnel de livrer les membres fracturés à leur disposition défavorable en contenant les parties à l'aide des seuls moyens dont nous avons parlé touchant la méthode thérapeutique précédemment exposée. Trop de fois l'expérience a montré combien de difformités et de gêne fonctionnelle résultaient d'une consolidation vicieuse dans les cas qui nous occupent en ce moment. Loin donc d'abandonner les fragments à leur tendance spontanée, il faut alors s'y opposer d'une manière continue ; il faut maintenir en contact permanent les bouts osseux toujours prêts à s'éloigner les uns des autres : tel est le but de la méthode que nous appelons celle des *tractions continues*.

D'après l'esprit thérapeutique de cette méthode, le praticien exerce une action opposée à celle qui entraîne les fragments dans une direction défavorable. Tantôt les forces tractives sont placées aux extrémités de l'os brisé, comme au bras, par exemple, lorsque la tête ou la portion cubitale ou même la diaphyse de l'humérus présente une tendance opiniâtre au déplacement; tantôt ces mêmes puissances sont appliquées aux extrémités du membre lui-même, comme les fractures du fémur nous obligent souvent à le faire. Il est des circonstances où les tractions ne s'exercent pas dans le sein de l'axe des membres et dont nous venons de fournir des exemples, mais bien d'une façon indirecte. Le dernier ordre de faits est, en général, peu remarqué et rarement considéré comme

appartenant à la méthode que nous étudions. Cependant l'action indirecte opérée sur la clavicule brisée, à l'aide des appareils de Desault, Boyer, Delpech, etc., est dans cette même catégorie. Il en est encore ainsi pour les fractures des os de l'avant-bras, où les soins du clinicien doivent s'opposer au déplacement des fragments dans l'espace inter-osseux. Les brisures de la portion malléolaire du péroné demandent encore l'emploi des tractions indirectes.

Pour atteindre le but de cette méthode thérapeutique, les inventeurs des moyens infiniment variés ont trop souvent oublié que le corps humain n'est pas une masse inerte ni dépourvue de sensibilité. Il semble, à les voir décrire minutieusement les pièces plus ou moins mécaniques de leurs appareils, les conditions rigoureuses de leur application, qu'un membre de l'organisme doit nécessairement tolérer les pressions, les étranglements prolongés qu'ils réclament.

Le succès de la plupart de ces moyens compliqués exige un degré considérable et invariable de constriction sans lequel leur influence est à peu près nulle. Aussi, quelle attention n'apportent-ils pas à l'application exacte, rigoureuse, des différentes pièces de ces bandages composés! Combien de fois la sensibilité et les plaintes des malades sont importunes et négligées!

De là, ces accidents nombreux, ces escarres, ces gangrènes étendues qui aggravent la position des malades et rendent les membres blessés moins utiles que la fracture elle-même. Il n'est aucun praticien qui n'ait observé ces conséquences déplorables pour l'avant-bras, la jambe, etc. Et ne dites pas que c'est toujours l'application vicieuse des appareils qui a été la source de ces malheurs. Les appareils sont incapables d'ap-

préeier la sensibilité et la résistance vitale des parties qu'ils étreignent, et cependant leurs avantages résultent d'un degré rigoureux et obligé de leur action. De là, une influence invariable, inintelligente, nécessaire, et une susceptibilité variable, d'où doivent résulter des effets différents, et bien des fois les accidents dont nous parlons.

Aussi conservons-nous encore aujourd'hui le sentiment que nous avons ailleurs exprimé touchant les griffes dont le professeur Malgaigne se sert pour le traitement des fractures de la rotule (1). « Depuis eette époque, selon le professeur Nélaton (2), M. Malgaigne a eu plusieurs fois l'occasion de se servir de cet instrument, et *toujours* il a obtenu un résultat satisfaisant. » Ces affirmations, de la part d'auteurs si distingués, doivent avoir une grande influence sur la pratique eommune. Nous eroyons donc convenable de faire eonnaître un fait contraire à l'innoeuité voulue d'un instrument que nous eonsidérons eomme dangereux, persuadé, du reste, que la publieité de cas malheureux est au moins aussi profitable à la scienee et à l'humanité, que celle des succès toujours répandus avec empressement.

Obs. — Le 15 août 1849, est apportée à l'hôpital de Grenoble une femme âgée de 65 ans, bien constituée, qui venait de tomber du haut d'un escalier ayant huit marches en pierre.

On eonstate l'existenee d'une fracture transversale de la rotule gauche, et l'on applique une bande roulée en 8 de chiffre et des eompresses graduées ; le membre est placé dans l'extension. Trois jours après, 18, on fait usage

(1) Bull. thérap., T. XXXV, p. 553.
(2) Elém. patholog. chirurg., 1844, 1, 801.

de la griffe proposée par M. Malgaigne; l'application ne paraît pas produire beaucoup de douleur.

19. Une légère rougeur apparaît autour des petites plaies produites par les dents de l'instrument (soif, accélération du pouls ; diète, arrosage avec l'eau blanche).

20. L'articulation rouge, tuméfiée, est le siége de douleurs vives qui troublent le sommeil ; la malade desserre pendant la nuit la vis qui fait mouvoir les deux pièces de la griffe (saignée, limonade).

21. Malgré les symptômes précurseurs d'un travail inflammatoire assez intense, l'instrument est placé de nouveau; l'on remarque qu'il ne peut maintenir en contact, dans toute l'étendue de leur surface, les deux fragments de la rotule, qui adhèrent seulement par leur partie superficielle et forment une espèce de voûte.

22. On est forcé d'enlever l'appareil devenu intolérable et d'ouvrir un vaste abcès développé dans l'intérieur de l'articulation.

23. On pratique une autre ouverture au tiers inférieur et interne de la cuisse; il s'en échappe une quantité considérable de pus, provenant d'un phlegmon situé autour de l'articulation.

Des pansements réguliers amènent la cessation de tous ces accidents, et la malade quitte l'hôpital deux mois après, avec une ankylose complète du genou.

(Observation de M. Corcelet, ex-interne, licencié ès-sciences.)

Des remarques cliniques précédentes découle l'indication de recourir aux appareils les plus simples, composés de moins de pièces capables d'exercer des constrictions dangereuses. La simplification que nous préconisons a pour but non-seulement de diminuer le nombre des pièces propres à étreindre les parties et à rendre les appareils d'un usage plus facile et moins dispendieux,

mais encore d'en rendre l'effet plus continu et moins variable. Plus un bandage possède de portions distinctes, plus aussi le relâchement de ses parties, l'incertitude de son action doivent être justement à craindre.

Exercer les tractions continues sur le moins grand nombre de points des membres fracturés et avec le moins possible de pièces d'appareils, telles sont donc les lois de la méthode étudiée dans ce moment. Dès-lors, le praticien sait quels moyens il doit rejeter ou choisir, la manière dont ils doivent agir; comment il peut en fabriquer lui-même avec les ressources que les circonstances lui procurent. S'agit-il d'une fracture oblique de la clavicule, l'homme de l'art substitue aux bandages de Desault, de Boyer, de Delpech, etc., une simple pelotte de charpie, de coton, de chanvre, qui, placée dans l'aisselle, formera le point d'appui sur lequel l'humérus servira de levier, et éloignera convenablement le fragment externe à l'aide de deux couches de bandes, l'une horizontale et propre à cet effet, l'autre oblique et disposée de manière à porter le coude en haut et en avant. Les tours de bande peuvent être même remplacés au besoin par deux mouchoirs, selon les remarques de Mayor. Nous dûmes nous contenter de moyens de ce genre chez le malade dont voici l'histoire :

Obs. — *Fracture triple de la clavicule.* — Au N° 5 de la salle des blessés fut couché le nommé Ravejac, âgé de 50 ans, très-robuste. Le 24 septembre 1846, cet homme traversait une espèce de pont en planche, portant entre ses bras une grosse pierre, quand il se laissa tomber de la hauteur d'un mètre et demi. Il ne sut préciser si le coude ou l'épaule gauche supporta la chute, qui eut lieu sur un tas de pierres. Immédia-

tement après, Ravejac put se relever en s'appuyant sur le bras droit, et s'aperçut qu'un os de l'épaule gauche était brisé. Quelques heures après, il entra à l'hôpital Saint-Eloi, dans les salles de M. Alquié, alors chef de service.

Le malade est doué d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, et n'est atteint d'aucune maladie. Son bras gauche est fortement rapproché du thorax, le moignon de l'épaule est sensiblement abaissé et porté un peu en avant. Lorsque l'on cherche à mettre l'autre bras dans la même position, l'extrémité digitale du membre thoracique gauche dépasse celle du côté opposé. Le cou est dirigé vers le bras lésé, et la tête est tiraillée.

La région sus et sous-claviculaire montre un œdème et un empâtement assez marqués; la saillie du sterno-mastoïdien du même côté est effacée, ainsi que les creux sus et sous-claviculaires; et, à une distance de 5 centim. environ de l'extrémité sternale de la clavicule gauche, on sent une forte dépression formée par l'extrémité externe du fragment interne, qui s'enfonce au-dessous du fragment moyen. Lorsque avec les mains on met en contact les deux surfaces osseuses, et qu'en même temps on fait exécuter au malade des efforts pour élever l'épaule gauche, on entend parfaitement la crépitation. Il existe un fragment moyen de trois centimètres d'étendue et fort mobile.

Du reste, on remarque au coude une plaie superficielle et une ecchymose légère, presque résolue; l'épaule ne présente ni contusion ni blessure; la tempe gauche et le côté externe du sourcil correspondant, ainsi que les deux pommettes, sont légèrement ecchymosés.

La circulation et l'innervation dans le membre ma-

lade ne sont nullement troublées. Cet homme n'a pas de fièvre, et accuse un bon appétit.

M. Alquié fait placer dans le creux de l'aisselle un coussin, qu'il fixe sur l'épaule du côté opposé; et l'avant-bras étant demi-fléchi sur le bras, il fixe celui-ci le long de la paroi thoracique correspondante au moyen d'un bandage de corps; il recommande au malade l'immobilité et le repos, et lui prescrit, le 25 septembre, deux soupes et de la tisane ordinaire.

Les 26, 27, 28 et 29, le malade est dans le même état; un quart d'aliments.

1er octobre. Le fragment moyen, qui était peu sensible d'abord à cause de l'infiltration sanguine, l'est maintenant beaucoup. Placé verticalement entre les deux portions extrêmes du même os, il est fortement engrené, et quoique médiocrement mobile, il ne peut en être éloigné ni replacé dans la direction normale; aussi la réunion de cette fracture sera-t-elle nécessairement difforme.

6. Le coussin reste placé sous l'aisselle, un bandage de corps rapproche le bras du tronc, et une écharpe élève le coude et le porte en avant. Le malade se lève du lit, il jouit du reste d'une bonne santé.

25. Ce même traitement a été continué; la consolidation est achevée, mais difforme; les mouvements d'élévation du bras vers la tête sont gênés : cet homme sort de l'hôpital.

18 novembre. Cet homme ne pouvait encore se servir de son bras avec toute liberté.

Les faits de cette espèce sont rares, et les annales de la science en renferment à peine quelques exemples. M. Malgaigne rapporte une observation en tout semblable, et pour le nombre, la direction des fragments, et

pour le résultat de la consolidation (1). Comment cette solution de continuité s'est-elle produite ? La chute seule sur l'épaule a-t-elle déterminé la formation des trois fragments? Cela est possible, mais il nous paraît plus probable que le choc direct de la pierre que tenait cet homme n'y a pas été étranger. En effet, cet individu assure n'avoir pas abandonné le fardeau qu'il tenait entre ses bras. En outre, le lieu de la fracture fut le siége d'un gonflement et d'une infiltration de sang assez considérables, ce qui nous semble venir à l'appui du mécanisme traumatique dont nous parlons.

Quoi qu'il en soit, le fragment moyen devint sensible, surtout quand les topiques astringents et le repos eurent dissipé la tuméfaction et l'infiltration de sang. Il nous parut dès-lors situé entre les deux fragments extrêmes, enclavé fortement, et ne pouvant être déplacé convenablement. Ces manœuvres ont aussi été infructueuses entre les mains de MM. Malgaigne et Guersant sur le jeune malade soumis successivement à leurs soins. D'ailleurs, replacé dans sa position normale, le fragment moyen y eût été très-difficilement maintenu ; car, si la contention régulière des fractures simples est si difficile et si rare, combien davantage les appareils seraient impuissants à maintenir une fracture du corps de la clavicule à trois fragments ! Aussi n'avons-nous pas cherché dès ce moment à tourmenter le malade pendant toute la consolidation, par des bandages destinés à faire obtenir un résultat impossible. La difformité étant inévitable, il faut s'y soumettre ; en conséquence, les moyens contentifs les plus simples doivent être préférés.

Mais un individu est-il atteint d'une fracture du radius, du cubitus, ou de ces deux os à la fois, on doit

(1) Traité cité, p. 466.

s'opposer au déplacement à la faveur de compresses graduées, placées selon la direction de l'espace inter-osseux. Ces pièces d'appareil peuvent être appliquées immédiatement sur la peau, comprimée directement par des attelles plus larges, plus longues que l'avant-bras, et à l'aide de simples cordons. Si l'on ne donne pas aux attelles plus de largeur que l'avant-bras, on s'expose à détruire par l'action des liens contentifs l'effet des compresses graduées. Si les attelles ne dépassent le poignet, il est possible que les mouvements de la main déterminent le déplacement des fragments.

Les fractures du fémur sont les plus rebelles aux tractions thérapeutiques. Les appareils de Hagedorn, Van-Houte, Boyer, Desault, et ceux prônés de nouveau chaque jour, montrent combien peu il faut en général compter sur leur influence; aussi, en ces cas surtout, la simplicité des moyens nous paraît-elle mériter la préférence de la part des praticiens. Le col ou la diaphyse du fémur sont-ils divisés obliquement: au lieu de soumettre les malades à des appareils mécaniques toujours dangereux et rarement efficaces, nous donnerions la prééminence à celui de B. Bell, modifié par Dupuytren. Placé sur un lit résistant, le malade appuierait le membre blessé sur un coussin triangulaire ou sac de paille, de manière que, le jarret portant sur le sommet du triangle, le pied fût maintenu fixe à la faveur d'une serviette, d'une bande ou d'un drap plié en sautoir, et que, du côté opposé, le bassin n'appuyant point sur le lit produisît naturellement l'extension par le seul poids du corps.

Quoique cet appareil nous paraisse le plus convenable et le plus facile à supporter, néanmoins l'on rencontre des personnes qui ne peuvent s'y soumettre pendant plusieurs jours. Naguère un ouvrier en éprouvait dans

le jarret, la jambe et le talon, des douleurs prolongées qui nous ont obligé de renoncer à ce moyen : il faut le dire cependant, cet homme était fort indocile.

Si l'on a bien saisi les véritables indications des méthodes déjà exposées pour le traitement des fractures, on a remarqué que beaucoup de cas cliniques ne les comportent pas. Indépendamment de l'espèce et de la forme de la brisure osseuse, il existe une foule de circonstances qui entrent dans le problème pathologique et dont le praticien doit tenir grand compte. Une des remarques importantes sur lesquelles les hommes de l'art se sont surtout appesantis de nos jours, c'est la gravité des fractures suivant les âges. L'expérience a malheureusement montré combien sont dangereuses les lésions de cette nature chez les vieillards. Une des conditions les plus générales de la santé, c'est l'exercice de nos fonctions. Toujours simple dans ses causes, mais diverse dans ses effets, la nature a voulu que les organes et leurs fonctions fussent en œuvre fréquemment pour leur conservation et l'intégrité de leur énergie. Les actes physiologiques de nos instruments viennent-ils à être suspendus pendant un certain temps, l'activité, l'organisation s'affaiblissent, se vicient et sont menacées d'être annihilées. La vie générale du corps humain est soumise à cette loi comme la vie particulière de nos moyens fonctionnels. Que l'on remarque l'état d'un adulte condamné à l'immobilité pendant quelques jours seulement, et l'on verra combien l'exercice de nos fonctions est nécessaire à la vie et à la santé.

Un des plus graves inconvénients attachés au traitement des fractures est donc le séjour prolongé au lit ; les vieillards surtout en éprouvent une atteinte profonde. Par l'effet seul de leur âge, l'activité vitale se trouve

singulièrement diminuée chez eux ; la transpiration est très-faible, l'action musculaire bientôt fatiguée, les digestions pénibles, la nutrition laborieuse ; enfin, toutes les fonctions organiques tendant à s'éteindre à cette époque de la vie, l'exercice devient un besoin. Aussi, lorsqu'une fracture oblige le vieillard à garder le décubitus durant un ou plusieurs mois, on ne tarde pas à remarquer chez lui la décoloration de la peau, l'affaiblissement des traits et de l'expression du visage, la diminution de la chaleur, du pouls et de la force musculaire; les digestions sont très-pénibles, imparfaites, facilement troublées, et souvent accompagnées de diarrhée. Tous les actes de l'organisme expriment la même adynamie, et le cal est fréquemment fibreux ou incomplet. Sous l'influence de cet affaiblissement progressif, la vie est menacée, et trop de fois l'individu succombe par la seule suspension des fonctions générales de l'économie. De pareils résultats se montrent, quelles que soient l'espèce de fracture et sa position sur le squelette, pourvu que le malade soit contraint de s'aliter pendant long-temps.

L'observation suivante montrera un exemple de la fâcheuse influence du séjour prolongé au lit.

Obs. — La femme Boudou, âgée de 70 ans, ménagère, entra à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi le 15 février 1851. C'était une femme pauvre, de petite stature, d'un tempérament lymphatico-nerveux, d'une très-faible constitution, dont le système musculaire était fort peu développé, et dont la peau était tellement décolorée que le visage était blême. Elle raconta que, le 6 février, dans la soirée, elle se laissa choir en descendant un escalier, et qu'elle roula sur plusieurs marches dans une position telle que le bras gauche se trouvait pressé entre le tronc et le sol. Une

vive douleur dans toute l'étendue de ce membre et surtout au niveau du coude et au-dessous du moignon de l'épaule, une impossibilité absolue de le mouvoir, furent le résultat de cette chute; et, comme au bout de huit jours ces symptômes persistaient au même degré, elle fut transportée à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi.

Le 16 février, à la visite du matin, M. le professeur Alquié examina la malade; il constata au niveau de l'olécrâne des inégalités particulières, une douleur vive et fixe, et enfin un état de demi-flexion de l'articulation huméro-cubitale qu'il était impossible à la malade de changer. Une légère pression exercée sur l'olécrâne, en même temps que l'avant-bras était porté dans la flexion, fit entendre un craquement assez marqué, et rendit aux parties leurs formes normales. Le bras était le siége d'une forte ecchymose qui, datant du jour même de l'accident, n'avait encore subi aucune modification. Là encore les mouvements spontanés étaient impossibles, mais il n'existait aucune déformation; cependant la malade signalait une vive douleur au niveau du col chirurgical de l'humérus, et en exerçant une légère pression dans ce point, on déterminait une crépitation très-sensible. M. le professeur Alquié fit faire des applications résolutives sur tout le membre qui fut soutenu au moyen d'une écharpe, et il soumit la malade à un régime modéré d'abord.

Le 20, il fit envelopper le membre entier, depuis la main jusqu'au-dessus de l'épaule, d'un bandeau roulé, fortement imbibé d'une solution de dextrine. Le 1er mars, ce bandage fut enlevé et l'on constata de la crépitation au niveau du col de l'humérus, et une mobilité très-grande de la partie inférieure du bras, qui indiquaient l'absence de tout travail de consolidation. Le lendemain, M. Quissac, chargé du service, fit appliquer un appareil nouveau

semblable au premier; la malade fut soumise à un régime ordinaire, on l'engagea à se lever, conseil dont elle ne tint aucun compte; elle garda le lit depuis le jour de son entrée, et s'y maintint encore les jours suivants.

Le 10 mars, on s'aperçut qu'il existait un certain intervalle entre l'appareil et la partie supérieure du membre; on le combla avec de la charpie.

Le 12, cette femme se leva pour la première fois; mais on remarqua que cette malade avait peu d'ordre dans ses idées, qu'elle répondait confusément, et qu'elle témoignait moins de douleur qu'elle ne l'avait fait jusqu'alors, dans le membre fracturé.

Le 18, paralysie du côté gauche de la face; perte de connaissance; pouls lent et faible; décubitus dorsal; les membres du côté droit et le membre inférieur gauche avaient conservé leur motilité et leur sensibilité; on ne pouvait s'assurer de l'état du membre supérieur gauche. Malgré les moyens employés (vésicatoires aux cuisses, lavements purgatifs, cataplasmes sinapisés aux pieds), elle mourut le 20, à 3 heures de l'après-midi.

L'autopsie fut faite le lendemain, à 9 heures du matin. Le membre fracturé fut dépouillé du bandage qui était exactement appliqué, sauf à la partie supérieure où il se trouvait séparé de la peau par un intervalle assez grand. La peau était flasque, encore violacée; le tissu cellulaire sous-cutané infiltré de sang, et on y voyait un assez bon nombre de caillots dans toute la longueur du bras et même à l'avant-bras; on en trouvait encore dans l'intervalle des muscles, mais en moins grand nombre. Ceux-ci étaient flasques, mous, mais assez colorés; les vaisseaux et les nerfs étaient intacts et conservaient leur position. Après avoir dépouillé le membre des parties molles, on arriva aux os, et l'on constata l'existence

d'une fracture de l'extrémité supérieure de l'humérus, et une autre de la même partie du cubitus.

La première commençait immédiatement au-dessous et en dehors du trochantin et descendait obliquement en bas et en dedans, où elle se terminait au-dessous de la gouttière bicipitale, à trois centimètres du point où elle avait son origine; le bord antérieur du fragment inférieur, presque droit, empiétait un peu sur la gouttière déjà désignée, dont la presque totalité était comprise dans le fragment supérieur; et de cette disposition il résultait que la division inférieure du tendon du muscle grand pectoral s'insérait au fragment inférieur et la division supérieure au fragment supérieur. Les deux parties de l'os étaient ainsi maintenues en contact et rapprochées, ce qui expliquait l'absence de déplacement. On ne voyait du reste autour de la fracture aucune trace de travail de consolidation : pas d'épanchement de matière plastique; pas d'épaississement du périoste qui était sain. L'extrémité des deux fragments était lisse et polie, seulement il se trouvait entre eux un caillot assez volumineux, sans trace d'organisation, et une esquille de deux centimètres de largeur. Le tissu spongieux était excessivement raréfié, très-fragile, mais presque pas infiltré de matière grasse.

La fracture du cubitus n'était pas moins curieuse; elle était oblique de haut en bas et de dehors en dedans, de telle manière que, commençant très-près de la surface articulaire, elle se terminait au niveau de la tubérosité où s'insère le tendon du brachial antérieur. Le fragment supérieur était lui-même subdivisé en quatre parties; l'extrémité la plus élevée de l'apophyse olécrâne était séparée du reste par une division transversale, et la partie inférieure présentait trois petits fragments

longitudinaux, de volume et de forme inégaux. Ils jouissaient du reste d'une assez grande mobilité, quoiqu'ils ne pussent pas s'abandonner complètement à cause du tissu fibreux résultant de l'expansion du tendon du triceps et des ligaments qui les enveloppaient. Cependant ils pouvaient s'écarter assez pour expliquer les inégalités que l'on avait observées sur le vivant du côté de l'olécrane. L'articulation huméro-cubitale était ouverte et présentait quelques caillots très-petits. Du reste, ici comme dans la fracture de l'humérus, il n'existait pas la moindre trace de travail de consolidation, ni dans les parties voisines, ni dans les fragments.

Cerveau. Un peu d'injection à la surface; pointillé dans les hémisphères; sérosité assez abondante dans le ventricule moyen et dans le ventricule gauche; le ventricule droit en contenait aussi un peu dans sa partie interne; mais sa partie externe, depuis le milieu de la couche optique jusqu'à l'extrémité de sa partie antérieure et de sa partie postérieure, était remplie de caillots; la cavité était distendue, et l'on pouvait évaluer à 60 grammes la quantité de sang coagulé qui y était accumulé. Les caillots étaient mous, friables et d'un rouge assez vif; les parois ventriculaires étaient fort amincies, principalement du côte de la scissure de Sylvius, où l'épaisseur de la matière cérébrale était réduite à une lame transparente. Cette matière était en outre ramollie, surtout du côté de la couche optique, où elle était diffluente, ecchymosée, presque semblable à de la bouillie. Les veines de Galien et les plexus choroïdes de ce côté étaient gorgés de sang.

Les autres organes ne furent pas examinés.

Sans doute cette femme a succombé à une apoplexie sanguine; mais cette maladie elle-même, précédée ici d'un ramollissement hémorrhagipare, le défaut absolu

de travail organisateur des fractures, l'existence de nombreux caillots et d'infiltrations sanguines non modifiés, démontrent une influence atonique, effet de l'immobilité prolongée aussi bien que de la vieillesse. Nous aurions à signaler sur ce fait bien des remarques dignes d'intérêt, si le sujet dont nous nous occupons dans cette leçon nous permettait d'étudier l'espèce, le nombre, la disposition anatomique des fractures dont cette femme fut victime.

Quoique jouissant d'une énergie vitale considérable, le jeune homme et l'adulte ne restent pas indifférents à l'influence fâcheuse du décubitus prolongé. Indépendamment du régime moins restaurant qu'ils subissent, ils éprouvent une diminution notable des forces et des fonctions diverses; et la convalescence nous le montre tous les jours. Parmi les hommes jeunes, il en est qui, par la faiblesse première de leur constitution, par leur tempérament lymphatique, leur disposition aux scrofules, leurs habitudes de travail mécanique, reçoivent une atteinte du séjour prolongé au lit. A cette cause générale nous paraissent se rattacher la lenteur de la formation du cal, et un état d'imperfection en plusieurs cas, ou même l'absence de cicatrice osseuse notée par Duverney, Monteggia, Delpech, Malgaigne, etc. La réunion des malades dans les hôpitaux est une nouvelle condition qui rend le traitement prolongé des fractures parfois entouré de dangers. La viciation de l'air des salles d'hôpital est un résultat inévitable, et seulement pallié par les soins minutieux avec lesquels ces établissements sont maintenant administrés. L'action d'une pareille atmosphère contribue à l'affaiblissement des malades, d'ailleurs exposés aux influences épidémiques. Aux conditions au milieu desquelles les sujets se trouvent alors placés, il

faut ordinairement rapporter les diarrhées, les érysipèles, les pneumonies, et d'autres maladies dont sont parfois atteints les malades obligés de rester plusieurs mois dans les hôpitaux.

Il est encore des cas traumatiques qui demandent l'application d'autres méthodes que celles dont nous avons déjà parlé touchant les fractures. Lorsque, forcés de se déplacer, les corps d'armée font de longues courses à travers des terrains plus ou moins accidentés, ils traînent après eux leurs blessés, parmi lesquels les fracturés sont ordinairement nombreux. Malgré les divers moyens de transport imaginés par Percy, Larrey et nos chirurgiens de l'armée d'Afrique, les malades sont soumis à des cahots fréquents qui déterminent le frottement et le déplacement des fragments, l'irritation et la déchirure des parties molles. De là, l'inflammation, les hémorrhagies, les soubresauts, dont les membres blessés deviennent souvent le siége; de là, la fièvre et le délire nerveux qui en sont la suite; de là, enfin, les accidents mortels et la nécessité trop fréquente de l'amputation en pareilles circonstances.

Privé de sa raison, l'homme ne saurait se soumettre à l'immobilité indispensable à la consolidation des fractures; l'aliéné atteint d'une brisure à l'un de ses membres ne garde point dans son lit le calme et la tranquillité nécessaires à la curation régulière; il agite tout son corps. Il faut donc au moins mettre les fragments dans un contact permanent durant le temps ordinaire pour la formation du cal, et permettre au reste du corps les mouvements que l'on ne peut empêcher. En pareils cas, on sent que les méthodes de la contention simple ou des tractions continues ne sauraient convenir.

Dans certaines circonstances, les besoins des individus

appartenant à une famille pauvre leur rendent le défaut de toute occupation fort préjudiciable; ils sont portés à se livrer à un travail qui, bien que léger, améliore leur position malheureuse. Souvent éloignés des centres de population, où les hôpitaux peuvent leur venir en aide, ces malades sont contraints de se servir imparfaitement de leurs membres, et de là bien des consolidations vicieuses que l'on doit prévenir par une méthode thérapeutique favorable à de telles indications. Parmi les autres cas qui nous paraissent se ranger encore dans la même catégorie, nous nous contenterons de signaler certaines pseudarthroses auxquelles l'immobilité prolongée des fragments est applicable.

Les diverses espèces de faits cliniques que nous venons de signaler comportent l'emploi de la méthode que nous appelons *immobilité permanente et relative.* Il s'agit, en effet, de contenir les fragments dans un contact suffisamment prolongé, tandis que les membres sains et tout le reste du corps peuvent permettre des actes multipliés. Bien plus, il faut que la contention des parties osseuses et l'immobilisation du membre blessé soient telles, que celui-ci puisse servir à certains de ses usages ordinaires.

Ainsi, les os de la jambe ou du pied étant divisés, le sujet pourra marcher et se soutenir sur cette partie avec prudence, il est vrai, et avec certaines précautions dictées par le bon sens. De même pour les membres supérieurs : l'humérus, les os de l'avant-bras se trouvant fracturés, le malade pourra se servir en partie de la main, et, en outre, quitter le lit et vaquer à beaucoup d'occupations journalières. L'on sent combien est précieuse cette immobilisation des membres fracturés chez le militaire en campagne, chez les hommes adonnés aux travaux des champs, chez les vieillards, les personnes

faibles, et toutes celles pour qui le séjour au lit a été déjà démontré si défavorable.

Telles sont les indications que l'on remplit à la faveur des *moyens ou appareils inamovibles et amovo-inamovibles.* Appliqués suivant les règles générales énoncées au commencement de cette revue clinique, ces bandages enferment la partie lésée dans une espèce d'étui, bientôt solidifié, qui forme des os brisés, des muscles et de toutes les parties molles, un tout susceptible de se déplacer en masse, mais non isolément pour chacune des portions dont il se compose. Ainsi, nous avons traité et vu traiter avec avantage des personnes atteintes de fractures à la jambe, qui ont pu se livrer à une marche prudente et modérée, en s'aidant d'une simple béquille.

Obs. — Théron, âgé de 21 ans, d'une constitution robuste, en jouant avec ses camarades, fit une chute sur la jambe gauche; aussitôt il ressentit un craquement et crut s'être tordu le pied; il ne put se relever, et fut apporté à l'hôpital le 19 mars 1837. On reconnut une fracture du tibia gauche; seulement, vers le milieu de son étendue, la peau était bleuâtre, faiblement soulevée et peu douloureuse. L'engorgement du membre étant combattu, M. Serre applique l'appareil inamovible le 24 mars. Après avoir bien réduit la fracture, il place sous la jambe la première rangée de bandelettes séparées, qu'il imbibe d'eau blanche et dont il environne la jambe. Sur cette première couche, il répand de l'amidon cuit dont il imbibe d'autres bandelettes qu'il place encore sur les premières. Des lames de carton trempé dans un mélange d'amidon et de blanc d'œuf sont appliquées au côté de la jambe, et maintenues par une nouvelle couche de bandelettes séparées et trempées dans le mélange. La

jambe est ainsi enveloppée d'une triple couche de bandes de toile imbibée de matière collante.

Le bandage a pris la solidité du bois le 28 seulement.

Le 1er avril, le malade se promène dans les salles en se soutenant avec des béquilles. Le 7, M. Serre enlève l'appareil, afin de constater quels sont les résultats de ce premier essai, et trouve la jambe parfaitement régulière et le lieu de la fracture à peine sensible; il renouvelle le même appareil. Depuis ce moment, le malade se lève de son lit et se promène dans les salles en se servant d'une seule béquille; il sort enfin de l'hôpital le 7 mai, parfaitement guéri.

Un succès si complet était bien fait pour ajouter foi aux éloges dont cet appareil inamovible avait été le sujet; aussi le professeur Serre ne tarda pas à l'appliquer de nouveau chez une femme qui s'était fracturé l'avant-bras gauche : il obtint un nouveau succès au bout d'un mois et demi.

On voit, dans ces deux faits, que le bandage fut appliqué vers le cinquième jour après l'accident, ou au bout de peu de jours; aussi l'appareil inamovible, pourvu de toute sa solidité, de sa forme régulière et fixe, n'a rempli qu'incomplètement l'effet nécessaire, par suite de la diminution du volume du membre, et pour ce motif le bandage a été renouvelé: c'est là un inconvénient de l'appareil amidonné, pour lequel on a proposé plusieurs modifications. Le professeur Lallemand retranche au bandage trop lâche une languette triangulaire, et le rapproche ensuite au moyen d'une nouvelle couche de bandelettes amidonnées. C'est ainsi que furent traités quatre autres malades se trouvant dans les mêmes conditions : l'un avait une fracture simple du tibia, l'autre une fracture des deux os de la jambe droite, un troisième une fracture

du tiers supérieur du péroné, un quatrième enfin portait une fracture du quart supérieur du tibia gauche. Chargé plusieurs fois d'appliquer et de réappliquer l'appareil inamovible, je le fis comme chez le malade précédent; tous aussi se servirent plus ou moins des membres fracturés, et vers le quarantième jour la guérison fut complète et exempte de difformité.

Les moyens propres à atteindre le but de la méthode de l'immobilité permanente et relative sont fort nombreux. Il est important aux praticiens d'en connaître un bon nombre, ou plutôt de savoir qu'ils peuvent être facilement remplacés par bien des ressources communes que toutes les localités peuvent fournir aisément: l'étoupade avec le blanc d'œuf, que Moscati fit connaître à l'Académie de chirurgie; l'appareil de Larrey, composé de plusieurs appareils de Scultet, imbibés d'un mélange d'acétate de plomb, d'alcool camphré et de blancs d'œuf battus dans de l'eau; l'amidon seul, dont M. Seutin se sert pour solidifier les couches de linge dont il entoure le membre fracturé; l'amidon et le plâtre, avec lesquels M. Lafarge parvient plus promptement au même résultat, sont des appareils déjà fort connus. Nous mentionnerons encore l'emploi du plâtre seul préconisé par Dieffenbach; la dextrine mise en usage à l'Hôtel-Dieu et à la Charité par Blandin et Velpeau, la simple pâte de froment, la terre glaise, le papier goudronné, le mélange de chaux et de blancs d'œuf; enfin, toutes les substances capables de se solidifier et de faire adhérer les diverses pièces de linge dont un bandage est composé.

Les praticiens doivent être prévenus que ces différentes matières solidifiables ne procurent pas un effet également rapide; nos recherches nous ont appris que l'association du blanc d'œuf et de la chaux délitée est le moyen le

plus puissant sous ce rapport. Nos essais comparatifs nous ont montré l'ordre suivant, quant aux principaux appareils inamovibles : le plâtre, la chaux et le plâtre, la pâte de froment et le plâtre, le plâtre et l'amidon, la terre glaise, l'amidon, la pâte de froment, l'étoupade de Larrey. Une autre remarque non moins importante, c'est que les couches profondes de ces appareils sont encore molles alors que les couches extérieures ont acquis la plus grande résistance. Aussi, bien que quelques heures suffisent, en apparence, aux premiers de ces bandages pour devenir solides, il faut maintenir le membre ainsi enveloppé dans l'immobilité, pendant un jour au moins.

La pratique civile doit souvent tenir compte des dépenses nécessitées pour la confection des bandages à fracture; ce qui n'est pas aussi important dans les hôpitaux. Il est des appareils inamovibles ou amovo-inamovibles qui, à part les pièces de linge, nous ont coûté 30 centimes seulement : tel est celui de Moscati. L'appareil en pâte de froment occasionne une dépense de 15 centimes, tandis que l'étoupade de Larrey, et surtout l'emploi du bandage dextriné, coûte près de 2 francs. Comme ces différentes variétés d'appareils inamovibles sont susceptibles de remplir le même objet, le praticien de campagne, surtout, devra tenir compte des considérations que nous émettons ici, suivant les lieux et l'aisance de ses malades.

Ainsi que nous l'avons précédemment signalé, comme il n'est pas utile de placer les appareils définitifs pour les fractures avant l'époque où l'organisation du cal commence, il faut employer les bandages inamovibles aussi tard que possible, et d'après les remarques cliniques déjà établies. On évite ainsi les inconvénients de l'amaigrissement des membres comprimés par ces appa-

reils, et l'on n'est pas obligé ordinairement de les renouveler pendant l'organisation de la cicatrice osseuse. Toutefois, le clinicien doit surveiller attentivement les impressions éprouvées par les malades auxquels on vient d'appliquer ces sortes de moyens contentifs. Si des souffrances locales se font ressentir d'une manière presque continue et sur les mêmes points limités, il convient d'ouvrir l'appareil, d'examiner l'état des parties où les douleurs se font sentir, et de réappliquer le même appareil convenablement et à la faveur de nouvelles couches de linge surajoutées.

La plupart des fractures des membres se prêtent à l'emploi de la méthode et des moyens dont nous parlons. La clavicule est-elle divisée à l'un des points de sa diaphyse, on peut imiter la conduite des professeurs Velpeau et Blandin, en entourant le thorax et le membre lésé d'un appareil composé de couches de bandes disposées suivant les indications particulières, et imbibées de l'une des substances solidifiantes. Moscati a prouvé depuis long-temps que l'on peut obtenir d'heureux résultats de la même méthode et des mêmes appareils, quand il s'agit d'une fracture du col de l'humérus. Nous avons obtenu plusieurs succès semblables, notamment sur un jeune enfant, sur une fille âgée de 9 ans, et sur une femme septuagénaire : les brisures de la diaphyse de ce dernier os sont fréquemment traitées ainsi avec non moins d'avantage. L'expérience et la pratique des hôpitaux prouvent tous les jours que les fractures des os de l'avant-bras peuvent être soumises avec succès aux mêmes ressources chirurgicales ; il suffit alors, de placer d'abord sur les deux faces de l'avant-bras les compresses graduées, employées depuis J.-L. Petit. Les appareils inamovibles sont encore mis en usage pour la division de l'extrémité

inférieure du radius. On sait que bien des moyens ont été préconisés à ce sujet par Dupuytren, MM. Goyrand (d'Aix), Diday, etc. Le professeur Velpeau a démontré, dans son service et dans ses cliniques, que les appareils solidifiables sont les plus propres à prévenir la difformité et la gêne des mouvements, dont l'avant-bras est menacé à la suite d'une semblable lésion traumatique.

En nous occupant des méthodes de la contention simple et des tractions continues, nous avons dit l'impuissance des ressources chirurgicales contre les fractures du col du fémur ; la méthode de l'immobilité permanente et relative ne nous a pas donné de meilleurs résultats ; les appareils inamovibles n'ont donc pas une grande valeur en pareil cas. Il n'en est pas de même pour la solution de continuité du corps du même os ; toutefois, si la contention permanente est assez facile à la faveur de tels bandages, elle ne permet pas au malade de se livrer à la marche, ni même de se soutenir sur le membre brisé ; mais du moins elle permet de transporter le sujet hors de son lit, et de lui épargner les inconvénients du séjour prolongé dans le décubitus et dans l'immobilité absolue. Les fractures de la rotule nous ont rarement présenté un effet avantageux de l'application des bandages inamovibles, surtout quand la division osseuse est transversale, et avec un grand écartement des fragments. Mais lorsque la fissure est oblique, longitudinale, ou située au tiers inférieur, que la capsule fibreuse est à peu près intacte, enfin que les fragments sont peu éloignés l'un de l'autre, il en est parfois autrement : comme les résultats parfaitement heureux sont assez rares, nous croyons convenable de rappeler l'observation suivante (1) :

Obs. — Vidor, âgé de 25 ans, d'un tempérament san-

(1) Bull. méd. Bordeaux, VI, 372.

guin et d'une bonne constitution, soldat au 11e chasseurs, étant à l'exercice, reçoit un coup de pied de cheval sur le genou droit, où il ressent aussitôt un craquement et une douleur assez vive. Il entre le lendemain, 31 décembre 1834, à l'hôpital, où il nous offre les symptômes suivants : Le genou malade ne présente aucun gonflement, peu de rougeur, peu d'inflammation; les mouvements de l'articulation sont impossibles; en palpant la rotule on la sent divisée transversalement vers son quart inférieur; le craquement est manifeste, ainsi que l'éloignement des fragments. Entouré d'un bandage roulé, le membre est placé dans une position inclinée, de sorte que le talon est beaucoup plus élevé que le bassin et les fragments naturellement rapprochés. On ne pratique aucune émission sanguine, vu que la réaction et l'inflammation sont nulles.

Le 1er février 1835, on enlève l'appareil; la fracture est parfaitement réunie, et le malade commence à marcher. Enfin, le 15, le malade sort de l'hôpital, parfaitement guéri.

La jambe est, au contraire, favorablement disposée pour l'emploi des mêmes moyens thérapeutiques; quand l'un des os de cette portion du membre abdominal est seul rompu, l'autre forme attelle, supporte en partie le poids du corps, et ajoute à la contention permanente opérée par le bandage.

D'après ce que nous avons maintes fois observé, on peut, dès que le bandage est solidifié, permettre aux malades de quitter le lit, de se servir modérément du membre fracturé, en s'aidant d'une simple canne et en restant peu de temps debout. Ce que nous avons dit des fractures de l'extrémité inférieure du radius est applicable à celles de la portion malléolaire du péroné.

Si l'on se rappelle les distinctions principales exposées au début de cette revue clinique, on doit s'attendre à nous voir signaler en ce moment la quatrième méthode pour le traitement des fractures, que l'on a nommée *hyponarthécie* ou méthode de la suspension. Quoique les trois précédentes manières d'obtenir la consolidation des brisures osseuses comprennent le plus grand nombre de cas traumatiques, cependant il en est qui demandent un autre mode curatif. Toutes les personnes dont le squelette a souffert une division violente, ne conservent pas un repos continu pendant toute la durée de la cicatrisation. Certaines sont agitées de spasmes généraux ou habituels, ou déterminés par la lésion violente qui réclame les appareils à fractures; d'autres sont en proie à un tremblement involontaire provenant des excès alcooliques ou des progrès de l'âge. Il n'est pas rare de rencontrer des fractures chez les sujets atteints d'aliénation mentale qui les met dans une agitation fréquente ou presque continue.

A part cette catégorie de personnes dont l'état maladif ne leur laisse pas une tranquillité suffisante, il en est une autre non moins digne de l'intérêt du médecin : c'est celle des individus obligés par l'exigence de leur profession, de leur peu de fortune, de continuer leurs occupations ordinaires et de soumettre leur membre brisé à des mouvements fréquents, quoique peu violents. Déjà nous avons signalé de pareilles positions à propos des indications de la méthode d'immobilité continue et relative; les mêmes cas peuvent comporter la méthode dont nous parlons actuellement, par l'effet de circonstances particulières et dont le médecin est le seul appréciateur. En outre, tout chirurgien de la marine sait qu'à bord des vaisseaux les malades sont inévitablement

soumis au roulis et au tangage ; quelle que soit la place occupée par les blessés dans les chambres ou au fond de la cale, ils subissent nécessairement des secousses très-capables de contrarier l'action des appareils ordinaires pour contenir les os divisés.

En présence de semblables circonstances, il faut décentraliser l'influence des spasmes, des agitations, des mouvements sur les fragments mis en rapport ; il faut que les secousses de tout le corps ou du membre blessé restent indifférentes en quelque sorte pour la brisure osseuse. Dans ce but, il convient d'isoler, si je puis dire, le membre fracturé du corps lui-même. On y parvient à la faveur de la *méthode de la suspension* ou hyponarthécie, proposée par Sauter, popularisée par Mathias Mayor et plusieurs autres praticiens d'un grand savoir. Cette manière de traiter les fractures des membres trouve son application surtout parmi les hommes de cabinet, de bureau, les graveurs, les dessinateurs, les marins, etc. Ce mode de thérapeutique chirurgicale est encore favorable aux brisures compliquées de plaies et d'autres lésions qui demandent l'inspection journalière du lieu blessé ; lorsque des topiques divers doivent être placés fréquemment ; quand la gangrène, les esquilles, des corps étrangers, des ligatures d'artères, des sutures et plusieurs autres conditions insolites rendent nécessaires les soins attentifs et multipliés de la main du praticien.

Obs. — *Fracture comminutive des deux os de la jambe avec issue du tibia*, etc. — Le 9 octobre 1850 est entré à l'hôpital Saint-Eloi, salle Saint-Côme, N° 58, le nommé Bertrand (Jean), sergent au 55e de ligne, né à Dura (Lot-et-Garonne). Ce jour-là, ce militaire, assistant au simulacre du siége de la Citadelle, vit s'élancer à une très-grande hauteur et à ses côtés une énorme masse de terre

détachée par une mine qu'on venait de faire éclater ; malgré la précipitation qu'il mit à fuir, il n'eut pas le temps de se soustraire à la chute de ce corps qui vint, pendant sa course, le frapper à la partie postérieure et au tiers postérieur de la jambe, celle-ci étant inclinée sur le sol. Il tomba aussitôt sans pouvoir se relever. La jambe était fracturée, le tibia s'était porté au-dehors après avoir déchiré la peau, et une hémorrhagie assez abondante avait été la conséquence de cet accident. Le malade, relevé par ses camarades, fut porté demi-heure après à l'hôpital, et on constata les phénomènes morbides suivants :

Pied tourné entièrement en dehors, reposant sur son bord externe ; saillie anguleuse au niveau du tiers inférieur de la jambe, mobilité anormale dans ce point ; de plus, raccourcissement du membre ; perforation des téguments à la partie antérieure produite par l'extrémité inférieure du fragment supérieur du tibia qui fait saillie au-dehors dans une longueur d'un pouce et demi environ, et qui est pour ainsi dire étranglé par l'ouverture des téguments. La direction de la fracture est oblique, de haut en bas et d'arrière en avant, ainsi qu'on le voit par la section que présente le fragment supérieur ; celui-ci a glissé en bas, en avant du fragment inférieur qui est remonté en haut, en arrière et en dehors. L'hémorrhagie était peu considérable et n'avait pour cause la lésion d'aucun vaisseau important. Quant à l'état général du malade, il était satisfaisant ; la concentration des forces qui accompagne les lésions traumatiques à leur début était ici peu marquée.

On procéda immédiatement à la réduction de la fracture. Comme la contusion des parties était profonde, on pensa que les répercussifs ordinaires seraient trop faibles pour prévenir l'inflammation qui ne manquerait pas

d'arriver, et partant on eut recours aux irrigations continues d'eau froide. Rien ne s'opposait à l'emploi de ce moyen, ni la constitution du malade qui était très-bonne, ni aucune disposition aux affections catarrhales et au rhumatisme; le cas d'ailleurs était trop grave pour ne pas passer outre, s'il eût existé des contre-indications de ce genre.

Le 11, il n'y avait ni douleur ni fièvre ; la chaleur de la jambe était modérée ; on continue les irrigations jusqu'au 15. Ce jour-là, le malade avait accusé des frissons, et comme il était à présumer que les irrigations froides en étaient la cause, M. Chrestien, professeur agrégé, chargé du service, les fit suspendre; on les remplaça par des applications de compresses imbibées d'eau blanche dans la soirée du 15.

Le 18, on remarqua une légère suppuration venant de l'intérieur du membre; le mollet même était tuméfié, rouge, et le malade y accusait une douleur tensive. Dès-lors, M. Chrestien fait supprimer les applications saturnines, panse la plaie avec un plumasseau de charpie, et fait sur le mollet des frictions avec 8 grammes environ d'onguent mercuriel. L'appareil consenti reste le même.

Dans la journée du 18, le malade a de la fièvre ; le soir pourtant la réaction est calme ; toute alimentation est suspendue.

Le 19, la suppuration avait augmenté ; on continua le même traitement.

Le 20, M. Chrestien, après le pansement, applique un bandage roulé autour du membre malade pour mieux fixer les fragments ; mais l'abondance de la suppuration nécessite la réapplication quotidienne de ce bandage, et les fragments ne pouvant ainsi être maintenus dans l'immobilité, M. Chrestien lui substitue un appareil composé

de quatre attelles disposées. De plus, la jambe reposait sur un plan incliné dont la partie correspondante au talon était plus élevée, afin, par cette disposition, de favoriser le contact des deux fragments.

Tel fut le mode de traitement appliqué à cette fracture jusqu'au 1er novembre. La consolidation ne s'opérait pas; deux petites esquilles de la dimension d'une pièce de 50 c. avaient été retirées, et la suppuration avait augmenté de jour en jour. Une incision pratiquée en dedans, au niveau de la fracture, pour donner au pus issue de ce côté, n'avait pas amené le résultat attendu ; le pus venait de la partie profonde du mollet, et fusait directement, conduit par les gaînes aponévrotiques, vers la plaie antérieure de la jambe.

Le 1er novembre, M. le professeur Alquié, ayant pris le service, fit enlever les quatre attelles, et plaça le membre dans une gouttière sur laquelle avait été disposé préalablement le bandage de Scultet ; il chercha, en outre, à faciliter la sortie du pus en donnant à la jambe une position inclinée, de manière à placer le pied fort bas. Le pansement fut fait, comme d'habitude, avec des plumasseaux enduits de cérat et le bandage de Scultet méthodiquement appliqué. Le membre se trouva maintenu en arrière par la gouttière, et dans les trois autres surfaces, par des attelles fixées au moyen de courroies ; on n'appliqua de coussin qu'à la partie antérieure.

Bien que la suppuration fût très-considérable, l'état général du malade était très-satisfaisant ; il n'y avait ni chaleur anormale, ni frissons, ni diarrhée, ni trouble d'aucune fonction ; le moral du malade n'avait jamais été affecté.

L'état local empire les jours suivants, malgré toutes les précautions prises pour conserver l'immobilité au

membre. A chaque pansement, on ne découvre que la partie de la jambe où siège la lésion : il s'écoule chaque fois une abondante quantité de pus, et, le 6 novembre, M. Alquié se décide à faire une contre-ouverture en dedans sur le bec d'une sonde introduite par la plaie. Une mèche de linge est passée, au moyen d'une aiguille à séton, entre les deux ouvertures, pour détourner le pus de la voie qu'il s'obstine à suivre. Ce résultat n'est pas complètement obtenu, car la suppuration se dirige encore en grande partie vers la plaie ; ce n'est que lorsque celle-ci est légèrement comprimée qu'on détermine l'entier écoulement du pus vers l'incision interne. On ne cesse néanmoins d'introduire la mèche de linge, et, à partir du 8 novembre, on renouvelle le pansement deux fois par jour. Les précautions les plus minutieuses sont prises pour empêcher le moindre mouvement de la fracture. Les cinq jours suivants, le malade n'a point de fièvre ; l'appétit est bon, il mange tout le jour et dort bien ; la jambe est légèrement douloureuse, mais seulement sur la partie dénudée.

Le 14 novembre, M. Alquié a constaté qu'il n'y avait pas encore le moindre signe de consolidation. La suppuration, toujours copieuse, fait craindre la nécessité de l'amputation du membre ; toutefois, M. Alquié ne s'y décidera que tout autant que des symptômes généraux viendront à se manifester.

Rien de particulier ne signala la marche de la maladie depuis le 15 jusqu'au 27 novembre. La source du pus se trouvait dans le mollet, dont la pression refoulait en bas une grande quantité de ce liquide. De cette manière, le travail de consolidation de la fracture n'était point enrayé, dérangé dans sa marche.

Le 27, une douleur tensive se déclare à la partie

interne et supérieure du mollet; il s'y forme un abcès qui s'ouvre spontanément le 29. Le pus continue à se diriger du côté de la plaie, mais avec moins d'abondance depuis qu'il a trouvé une nouvelle voie d'évacuation, et de cette époque seulement date la formation du cal. Les deux fragments osseux se montrent moins mobiles ; la suppuration a pris un meilleur caractère. On retranche dès-lors le pansement du soir.

Le 8 décembre, un nouvel abcès se développe à la partie antérieure et supérieure de la jambe, au dedans du tibia. M. Alquié en pratique l'ouverture, et dès-lors presque tout le pus s'écoule de ce côté. Les jours suivants, on en voit sortir à peine par la plaie correspondante à la fracture; celle-ci se resserre, devient vermeille, se couvre de bourgeons charnus et marche vers la cicatrisation. Toujours même mode de pansement.

Du 12 au 15, l'ouverture du premier abcès se ferme. A partir du 15, la suppuration se tarit de plus en plus, tant dans la plaie inférieure que dans le point supérieur où siégeait le dernier abcès.

Le 18 décembre, on retire un fragment d'os nécrosé, peu volumineux, représentant un segment de la circonférence du tibia. Le retard qu'il a mis à opérer la cicatrisation de la plaie des téguments, est expliqué ainsi par la présence de ce corps étranger.

Aujourd'hui 22 décembre, voici quel est l'état du malade : sa santé est bonne ; depuis le 10 du même mois, il mange les trois quarts ; son régime se compose d'aliments choisis et d'un peu de vin ; il se sent de la force, digère parfaitement, et se trouve, à peu de chose près, aussi bien portant qu'avant l'accident. Quant à la jambe, voici ce qu'elle présente : elle est dans sa direction normale ; on n'observe qu'une légère saillie au niveau de

la fracture. L'introduction d'un stylet par la plaie a donné la sensation d'un fragment d'os mobile. L'abcès de la partie antérieure et supérieure de la jambe tend à limiter de plus en plus sa cavité, il ne donne, du reste, qu'une très-petite quantité de pus; le membre est toujours maintenu dans l'immobilité; le cal paraît déjà assez solide, et à moins qu'il ne survienne d'accident imprévu, on peut assurer une guérison prochaine et presque sans difformité. N'aurait-on pu d'ailleurs ne l'obtenir qu'à la condition d'une difformité, la conservation de la jambe n'en serait pas moins un beau résultat, vu la gravité de la lésion et les dangers que ce militaire a courus pendant sa maladie.

Ce résultat, en outre, prouve d'une manière péremptoire combien est fondée la sage et prudente réserve recommandée avec raison par l'auteur de la *Chirurgie conservatrice.* Espérons que les vérités développées avec talent et conviction par le jeune et savant Professeur de cette Ecole, amèneront enfin une réaction salutaire contre la fureur d'opérations.

(Cas confié à l'observation et aux soins de M. le Dr PAILLOU.)

Depuis l'époque où M. Paillou, chirurgien militaire, a cessé d'observer ce malade et de lui donner ses soins, le cas a présenté plusieurs alternatives d'amélioration et d'aggravation. L'abcès de la partie supérieure de la jambe s'est renouvelé à différentes fois, et a présenté un mélange de sang veineux; l'exploration de ce foyer nous a permis de reconnaître que la face interne du tibia était en partie éloignée des muscles et presque à nu. Le caractère très-sanguinolent du pus nous a fait penser que l'immobilité prolongée en était la principale cause, et nous avons eu recours à l'hyponarthécie pour y remédier. La gouttière où la jambe se trouvait placée a été suspendue

au moyen de cordes rassemblées et fixées au plafond; quelque temps après, cet appareil fut adapté à l'extrémité d'une tige de fer, implantée sur le devant d'un fauteuil roulant dans lequel notre malade se plaçait. Ainsi, il avait l'avantage non-seulement d'imprimer à la totalité du membre des mouvements favorables, mais encore de se livrer à un exercice fréquent dans les salles de l'hôpital. A la faveur de ce mode d'hyponarthécie, la consolidation a marché moins lentement, les abcès ont considérablement diminué, il est sorti plusieurs petites esquilles à différents intervalles. Le malade s'est ensuite livré à la marche au moyen de crosses; plus tard, il a gardé le lit, ayant un appareil inamovible appliqué autour de la jambe blessée; enfin, il a quitté l'Hôtel-Dieu, dans un état satisfaisant, à la fin du mois de juin.

Ces médications et l'esprit de méthode étant connus, il nous parait fort secondaire de rechercher les nombreux moyens mis en usage pour en satisfaire l'application. Sauter voulait une planchette suspendue par des cordes, appareil perfectionné par le docteur Fourcade et qui nous paraît le plus simple et le plus facile à se procurer. Mathias Mayor modifia la planchette de l'inventeur de l'hyponarthécie, en fabriquant des espèces de plans solides et brisés d'abord, et ensuite des gouttières en cuir ou en fil de fer. Ces derniers moyens ont été préconisés par M. le docteur Bonnet, de Lyon, qui me semble les avoir à peu près abandonnés de nos jours et sans trop de désavantage. Toutefois, la planchette de M. Sauter nous paraît plus convenable au membre abdominal, et la gouttière de Mayor à l'extrémité thoracique.

Nous avons décrit en peu de mots la modification dont nous nous sommes servi pour employer la méthode de la suspension avec le mouvement imprimé au malade

entier placé sur un fauteuil roulant, et lui permettant, ainsi qu'aux amputés convalescents et à toutes les personnes dont la jambe est profondément altérée, de se promener dans les salles d'un hôpital ou d'un appartement.

En résumé, le traitement des fractures des membres doit être dirigé surtout d'après le mode général réclamé par le cas actuel; l'indication ou la méthode thérapeutique est bien plus importante que les moyens à l'aide desquels on doit la remplir. Il faut s'attacher davantage à la manière générale d'arriver au but désiré, qu'aux procédés les plus vantés, parce que chaque cas en exige la modification. Tantôt les fragments tendent à rester spontanément en contact, sans être tiraillés en des sens vicieux par les muscles environnants; il suffit alors de laisser en quelque sorte les fractures livrées à elles-mêmes, en maintenant par un simple appareil leur disposition favorable : telle est l'idée de la *contention simple*, méthode le plus généralement employée et satisfaite à l'aide des bandages les plus vulgaires. Tantôt, au contraire, les fragments de l'os brisé s'éloignent l'un de l'autre d'une manière opiniâtre, et il faut les maintenir forcément en rapport et s'opposer à l'influence vicieuse des muscles. Il convient, en ces cas, d'exercer sur les bouts osseux des tractions pendant tout le temps nécessaire à la cicatrisation : c'est le but de la méthode des *tractions continues*. En bien des circonstances, il est fort utile de ne pas laisser les malades au lit et de leur procurer même de l'exercice; il faut immobiliser le membre brisé, de façon qu'il puisse servir à peu près comme s'il était sain : la méthode de l'*immobilité permanente et relative* remplit cette fin importante. Enfin, quand l'individu ou le membre blessé sont soumis à des secousses, à des agitations variées, il est nécessaire

d'isoler en quelque sorte l'extrémité lésée du reste du corps, à la faveur de la *méthode de la suspension* ou hyponarthécie, qui convient aussi aux fractures compliquées de plaies, etc.

On a dû le concevoir par l'exposé rapide auquel nous venons de nous livrer, le traitement des fractures nous paraît actuellement beaucoup trop routinier et pas assez réfléchi. On s'enquiert bien plus des appareils fort vantés que des indications majeures à remplir, ou des méthodes thérapeutiques. Nous en sommes persuadé, le traitement des brisures du squelette sera moins agité, moins incertain, du moment où les médecins s'attacheront à l'idée générale du traitement réclamé suivant les cas, et se persuaderont de la facilité de les remplir avec les moyens que les circonstances leur permettent de se procurer. Si la science était mieux entendue, nous verrions disparaître ces appareils, ces bandages sans cesse renouvelés qui jettent du trouble et de l'incertitude dans la pratique, et encombrent l'arsenal chirurgical, les ouvrages et les cours de chirurgie. Du reste, disons-le en terminant, la pratique médicale présente une foule de particularités qui exigent des modifications variées dans l'application des règles que nous venons d'exposer. Trop de fois l'indocilité ou l'irritabilité des malades empêchent l'emploi des appareils les mieux indiqués en général. Certaines personnes sont tellement impatientes de toute compression, de toute gêne, de toute position fatigante, qu'elles en éprouvent une surexcitation nerveuse surprenante, et dont les suites seraient plus fâcheuses qu'une irrégularité dans la consolidation des fractures. Entre deux inconvénients il faut alors accepter le moindre, tout en prévenant le malade et ceux qui l'environnent des résultats défectueux d'un traitement où les moyens convenables ne peuvent être mis en usage.

ARTICLE VIII.

DES TESTICULES TUBERCULEUX, PLASTIQUE ET KYSTIQUE, ET DE LEUR ABLATION PARTIELLE OU TOTALE.

Quoi que l'on dise, quoi que nous ayons écrit nous-même (1) touchant la tuberculisation des testicules, le diagnostic de cette lésion morbide est semé, au lit des malades, de grandes difficultés qui parfois conduisent les meilleurs praticiens non-seulement à des erreurs de diagnostic, mais encore à de graves erreurs de traitement. Ici reparaissent d'ailleurs les incertitudes et les discussions théoriques sur la constitution du tubercule et de la matière tuberculeuse. Si le scalpel peut faire reconnaître cette altération organique vers son début, il est souvent bien moins aisé de la distinguer quand elle est environnée de désordres organiques fort étendus et cachés plus ou moins profondément dans les bourses ou le testicule. Deux espèces d'altérations pathologiques nous paraissent contribuer à des mécomptes sérieux : la tuberculisation réelle et les produits plastiques. Montrons l'incertitude clinique à ce sujet par un cas remarquable :

Obs. — Radet, âgé de 27 ans, d'un tempérament sanguin, entre dans le service du professeur Serre avec un engorgement du testicule existant depuis trois semaines, lequel était survenu à l'occasion d'exercices violents. La tumeur occupait le côté gauche et correspondait immédiatement derrière l'épididyme. Elle était dure, inégale, indolente, sans changement de couleur à la peau et bien distincte du testicule ; en un mot, abstraction faite du tempérament du malade, elle offrait tous les caractères des masses tuberculeuses. Telle fut ainsi la qualification

(1) Bull. thérap. 1835, T. VIII, p. 201.

que ce Professeur lui assigna. En conséquence, il prescrivit le muriate d'or et de soude ; quelques cataplasmes émollients furent placés sur la tumeur. Le traitement dura environ deux mois, pendant lesquels le tubercule augmenta d'abord de volume ; bientôt après, il se ramollit, et ne tarda pas à tomber en fonte. Alors on vit sortir à travers la peau une matière, moitié séreuse et moitié épaisse, semblable à du petit-lait mal clarifié, à du plâtre gâché.

Tel fut le diagnostic porté par M. Serre sur ce sujet, qui sortit de l'Hôtel-Dieu guéri en apparence. Cependant, peu de mois après, cet homme revint à l'hôpital pour la même altération du testicule ; je transcris mes notes à cet égard. J'ai publié, dans le *Bulletin de thérapeutique*, la guérison d'un nommé Radet, qui a été amputé du même testicule, le 1er janvier 1836, par M. Lallemand, qui croyait à l'existence d'un sarcocèle. La partie inférieure du scrotum offrait des ulcérations cernées par des bourrelets fongueux et rougeâtres. L'autopsie du testicule gauche enlevé démontre qu'il s'agissait d'un kyste purulent de la capacité d'une noix, renfermant un pus verdâtre, ayant l'odeur d'une décoction de haricots. Les parois du kyste situé au milieu du testicule étaient formées d'une espèce de membrane assez épaisse, renfermant des granulations blanchâtres et crétacées, très-adhérente à la propre substance du testicule parfaitement saine, et divisée en deux lobes par la collection purulente, qui aurait pu, ce me semble, être évacuée par l'instrument tranchant ou au moins par le seul bénéfice de la nature, et en peu de temps. L'épididyme était dur, épais dans ses parois, et renfermait un pus très-épais et jaunâtre.

Voilà donc un cas qui a été considéré d'abord comme

une tuberculisation, et ensuite comme un sarcocèle. Si les ouvertures fongueuses et l'opiniâtreté du mal ont pu faire croire à un cancer, l'autopsie du testicule ne permet pas de discuter une telle opinion. La première supposition ne nous paraît pas non plus fondée : d'abord, le tempérament sanguin du sujet, le peu d'ancienneté du mal, son développement par suite d'exercices violents, plaident plutôt en faveur d'une lésion inflammatoire. En outre, l'engorgement et l'épaississement de l'épididyme, la consistance et la couleur jaunâtre du pus dont cette partie était le siége, montrent un travail phlogistique. Le kyste purulent contenu dans la substance du testicule me semble aussi un produit inflammatoire, quoique renfermant des granulations crétacées ; en un mot, à mon avis, les froissements du testicule et du cordon ont déterminé un dépôt de nature plastique dans l'épaisseur de la glande séminale, et ensuite la production du pus.

Les *produits plastiques* me paraissent l'altération la plus ordinaire dans les orchites, celle qui donne lieu à la plupart des méprises touchant les testicules dits tuberculeux ou sarcomateux. Il est peu d'inflammations aiguës ou chroniques de la glande séminale ou de ses enveloppes qui ne se manifestent par l'infiltration de lymphe plastique ou de fibrine. Quand l'orchite suit la blennorrhagie, l'irritation aiguë du col vésical, il se forme le long de l'épididyme et surtout autour de son extrémité caudale une tuméfaction globuleuse, souvent sous forme de lobules prolongés vers le canal inguinal. Si le travail pathologique est étendu, de longue durée, et déterminé par une violence directe, on rencontre fréquemment des masses lobuleuses autour du testicule lui-même.

Actuellement se trouvent dans notre service deux adul-

tes atteints de cette dernière disposition pathologique. L'un a vu se développer une double orchite à la suite d'un effort; l'autre, une tuméfaction énorme de la bourse gauche causée par une chute sur le périnée. Ces deux individus offrent le testicule gauche notamment environné de masses lobuleuses, dures, très-adhérentes, peu douloureuses, et qui donnent à la glande spermatique un volume triple et une apparence tuberculeuse. Les dépôts plastiques se développent parfois sur le bord antérieur de l'organe séminal, comme nous avons pu le constater sur un jeune militaire de notre service qui en a obtenu péniblement la résorption. On rencontre des sujets chez lesquels ces produits fibrineux se prolongent presque au sein de la glande spermatique.

Ces dépôts plastiques se comportent comme les tubercules; ils restent long-temps durs, adhérents, indolores, s'enflamment et provoquent la phlogose des tissus voisins, se ramollissent, se mêlent à des liquides purulents, déterminent des abcès, des fistules intarissables ; enfin, des désordres qui parfois fournissent l'indication de la castration.

Obs. — Testicule *fibrineux ;* fistule profonde et intarissable ; tentatives pour extirper les produits morbides et les parties altérées, tout en conservant le testicule ou les portions encore saines; castration. — Mort.

(Observ. de M. Moutet, chef de clinique.)

Duran, sapeur au 2e régiment du Génie, âgé de 27 ans, de St.-Sever (Landes), entra le 5 juin 1850. — Environ un an avant, il avait contracté une blennorrhagie qu'il traita d'une manière incomplète par les balsamiques et qui passa à l'état chronique. Sept mois après survint une orchite gauche; celle-ci résista aux anti-phlogistiques d'abord. A son entrée à St.-Eloi, il y avait engorgement du testicule et surtout de l'épididyme et blennorrhée. Il fut

soumis à des traitements divers: pilules Sédillot, iodure de potassium, oxyde d'or. Malgré ces moyens, du pus se forma dans le testicule, et une ouverture pratiquée à la partie antérieure resta fistuleuse; il s'en éleva des fongosités saignantes. Des injections avec le nitrate d'argent, avec l'eau iodée, avec l'eau chloroformisée, furent impuissantes pour amener la cicatrisation du trajet fistuleux. Une contre-ouverture pratiquée en bas et un séton passé à travers le corps du testicule n'amenèrent pas plus d'efficacité. Le trajet fistuleux persista, les fongosités aussi. L'organe glandulaire, dans sa totalité, formait une tumeur sphérique assez dure, dans laquelle on ne pouvait plus alors distinguer l'épididyme du corps même du testicule. Comme la santé de cet homme commençait à s'altérer, et que la guérison de cette lésion locale était devenue impossible, M. Alquié pratiqua la castration; elle fut exécutée le 17 février 1851. Le malade fut préalablement soumis à l'éthérisation; il fallut plus de 15 minutes pour arriver à l'anesthésie, mais elle fut complète.

Deux incisions curvilignes furent pratiquées de manière à circonscrire la portion de peau altérée et à mettre à nu toute la longueur de l'organe; on disséqua en dehors et en dedans de manière à mettre à nu toute la moitié antérieure du testicule. M. Alquié était dans l'intention de n'enlever que la portion désorganisée, celle d'où s'élevaient les fongosités, et de conserver la plus grande partie de l'organe s'il était sain: voilà pourquoi on ne poussa pas d'abord plus loin la dissection. La partie la plus superficielle de l'organe fut donc enlevée avec les végétations qui en naissaient; mais on reconnut alors que tout le corps de la glande était engorgé, moins une petite portion tout-à-fait en bas, et que surtout l'épididyme fortement tuméfié et induré recouvrait et environ-

nait de toutes parts le reste de l'organe. M. Alquié se décida alors à tout enlever, il finit donc par isoler complètement le testicule , puis disséqua le cordon , et après l'avoir entouré d'une ligature d'attente, il l'incisa par dessous, couche par couche, de manière à lier les vaisseaux à mesure qu'ils étaient ouverts ; trois artères seulement furent liées. La plaie fut ensuite réunie au moyen de cinq points de suture : dans l'intervalle, bandelettes , plumasseaux , bandage contentif; potion éthérisée et laudanisée.

En examinant les parties enlevées, nous reconnûmes que les fongosités étaient formées par une lymphe plastique épanchée en grande quantité, rougeâtre, assez résistante, en voie d'organisation. Le corps du testicule était creusé d'une excavation profonde qui en occupait la partie supérieure et moyenne jusque près de son bord postérieur; les parties voisines étaient aussi pénétrées de cette matière plastique; mais on y voyait cependant encore d'une manière distincte les canaux séminifères désagrégés, ramollis; dans quelques points, un peu de pus. L'épididyme avait acquis un grand volume et une consistance très-dure; il était bosselé, criait même sous le scalpel; mais on voyait distinctement à la coupe que cette dureté extrême était due à cette même matière plastique infiltrée à travers les canaux qui le composent et déjà organisée. Le canal déférent était un peu épaissi, et le cordon dans le même état.

La réunion immédiate ne put réussir. Dès le 21, les points de suture avaient commencé à céder; la peau avait une grande tendance à se renverser en dedans; il y avait un peu de boursoufflement et le canal était engorgé. Le 22, on enleva les points de suture, et on laissa la réunion se faire par seconde intention; d'un autre côté, ce malade garda une petite fièvre; il était abattu, découragé.

Le mardi 4 mars, il eut des selles sanguinolentes, des coliques; le 5, l'hypogastre devint tendu, un peu douloureux. Cependant la cicatrisation avait marché, elle était complète dans le tiers inférieur; il y avait dans le reste de la plaie des bourgeons charnus de bonne nature, peu de pus et un médiocre écartement. (Lavement avec 10 gout. laudanum; 10 centigr. extr. gom. op.; frict. mercurielles et belladonées sur l'hypogastre, 8 grammes en quatre fois.)

Les jours suivants, les symptômes s'aggravèrent; le ventre devint plus dur, plus tendu; le pouls était petit, fréquent, la peau sèche, la langue un peu pâle, la soif assez vive. Le malade dormait peu, il reposait toujours sur le dos; affaissement, découragement complet, diarrhée. — Le 8, on cessa les frictions mercurielles, qui furent remplacées par l'huile de jusquiame camphrée.

Dans la nuit du 8 au 9, le malade sentit couler par l'angle supérieur de la plaie une matière jaunâtre, mais très-claire, qui pénétra les pièces d'appareil et même les parties sur lesquelles il reposait. Nous constatâmes alors une fluctuation très-nette dans l'hypogastre et dans les fosses iliaques de chaque côté. En comprimant la fosse iliaque du côté malade et dans la direction du canal inguinal, nous fîmes couler par l'angle supérieur de la plaie ce liquide clair qui s'était déjà fait jour; il n'était pas douteux dès-lors qu'une péritonite avec épanchement ne se fût déclarée, et que la matière sécrétée ne se fût pratiqué une issue par le canal inguinal et la plaie. Nous devons noter que depuis l'opération le canal inguinal était resté constamment engorgé et douloureux. La cicatrisation de la plaie, qui avait marché au début de cette complication, n'avait plus fait de progrès depuis quelques jours. A dater de ce moment, les symptômes s'aggravè-

rent, la face devint grippée; amaigrissement extrême, expression d'abattement et de souffrance, pouls très-petit, langue sèche; douleurs dans l'abdomen, vers la partie supérieure surtout; diarrhée. Enfin, le malade succomba le 17, à dix heures du soir.

Autopsie. — Péritonite très-intense, s'étendant dans toute la séreuse, sur toutes les circonvolutions des intestins, sur l'épiploon, l'estomac, le foie, la vessie et jusque dans le petit bassin; fausses membranes molles, non encore bien organisées; liquide séro-purulent en médiocre quantité. Le trajet du canal inguinal jusqu'à l'angle supérieur de la plaie était recouvert d'une matière humide, noirâtre, fétide; on trouvait à l'ouverture externe de ce canal une perforation du péritoine. — Rien d'important dans les autres organes.

Il nous a été permis de constater directement ce que l'observation clinique nous avait fait soupçonner. Par la forme de la tumeur, la manière dont elle s'était développée, la marche, le ramollissement des produits morbides, l'aspect et l'opiniâtreté des fistules, la maladie de cet homme devait faire croire à l'existence d'une tuberculisation du testicule : bien plus, le pus échappé de ces abcès et de ces fistules était tantôt liquide et oléagineux, tantôt épais et granuleux, Nous venons, du reste, de constater cette particularité chez un militaire de nos salles à qui nous avons pratiqué l'ouverture d'un abcès semblable, développé autour des deux glandes séminales à la suite d'un effort violent. Mais l'autopsie de l'organe enlevé est venue, chez notre sujet, dévoiler la présence de la lymphe plastique ou de la fibrine dans tous les points altérés : il s'agissait donc d'un testicule fibrineux et non tuberculeux.

Du reste, quand on considère l'ensemble des désor-

dres pathologiques dont nos tissus deviennent le siége par un travail aigu ou chronique, on ne tarde pas à constater l'existence de cette fibrine ou de cette protéine dans presque tous les organes. Soit qu'elle accomplisse un travail morbide ou réparateur, la nature se sert de cette lymphe plastique comme de l'un des matériaux indispensables de ses diverses productions. Cette matière plastique constitue l'élément du cal et de la cicatrisation des tendons divisés sous la peau. Elle forme les membranes isolantes des corps étrangers introduits au sein de nos organes, ou des masses sanguines épanchées dans l'épaisseur de nos tissus ou des divers kystes. On voit cette fibrine s'infiltrer au milieu des parties enflammées et y former la gangue et la limite du phlegmon. Elle fait adhérer les séreuses, double leurs surfaces de couches épaisses, borne les épanchements, limite presque tout travail pathologique. Cette matière protéique constitue le fond de la plupart des polypes, des cancers, des fougus articulaires, des végétations et des engorgements.

Moyen commun des actes pathologiques, la fibrine vient encore produire les tuméfactions variées dont la glande séminale et ses enveloppes sont si fréquemment le siége. Le plus souvent infiltrée entre les canaux sinueux de l'épididyme, la lymphe plastique s'accumule au bas de cette partie et y forme une masse globuleuse très-résistante et peu sensible. En bien des cas, on rencontre autour du testicule, et principalement sur le bord antérieur de ce dernier, des dépôts de même espèce et de même disposition.

Quoique adhérents à la glande, ces dépôts sont parfois susceptibles d'en être détachés à l'aide d'une dissection attentive. Sans doute on ne pourrait dégager les nom-

breux canaux épididymaires du plasma qui les infiltre ou les enveloppe; il n'en est pas de même pour les masses globuleuses fixées à la surface du périteste ou même sur la queue de l'épididyme. Or, ces dernières productions sont fréquemment la source de ces engorgements abcédés et de ces fistules qui font le désespoir des malades et des praticiens.

D'ailleurs, ce n'est pas seulement autour de la glande séminale que les dépôts fibrineux sont si rebelles aux ressources de la thérapeutique. Ces dépôts plastiques, incomplètement organisés, ne cèdent pas davantage quand ils sont situés autour du coude, du coude-pied et des autres articulations, quand ils forment les masses fongueuses qui doublent les synoviales dans la plupart des tumeurs blanches. Il en est encore de même lorsque la fibrine engorge le tissu propre ou environnant des ganglions lymphatiques, le tissu cellulaire travaillé par une phlogose ancienne, le parenchyme pulmonaire et la plupart des organes splanchniques.

Aussi rendra-t-il un véritable service à l'art et à l'humanité celui qui aura découvert un remède réellement capable de déterminer la résorption de dépôts fibrineux. Les moyens dérivatifs, les déplétifs, les aurifères, les iodés et une foule d'agents vantés tous les jours, sont des ressources bien infidèles et ordinairement bien peu puissantes contre les engorgements ou les produits plastiques. Voyez leur inefficacité chez le malade qui nous suggère ces réflexions. Tous ces remèdes locaux ou généraux ont été long-temps et alternativement mis en usage. Les engorgements fibrineux et les fistules n'en ont pas moins persisté au grand détriment de l'organe lésé et de la santé générale du sujet; aussi a-t-il fallu songer à le débarrasser de son altération morbide. Décidé à mettre

en œuvre l'instrument tranchant, nous pouvions sacrifier directement le testicule, ou seulement les tissus altérés, en nous efforçant de conserver l'organe dont une grande partie nous parut assez respectée pour justifier une tentative conservatrice. Ne voit-on pas souvent la perte pathologique violente ou chronique d'une portion du cerveau, du poumon, des reins, du foie, de la matrice, etc., et le reste de l'organe recouvrant ses fonctions normales? Pourquoi donc une glande séminale entière, ou débarrassée d'une partie altérée, ne reprendrait-elle pas un état satisfaisant? Une considération d'un autre ordre nous a semblé plaider en faveur de la chirurgie conservatrice. Personne n'ignore la grande influence morale des organes génitaux chez l'adulte: à ce point de vue, la conservation d'une simple portion du testicule n'est pas un résultat indifférent. Nous avons pu en juger par notre opéré. Bercé par l'espérance que notre tentative chirurgicale aurait l'effet que nous nous proposions d'obtenir, cet homme se soumit sans hésiter à l'opération; malheureusement nous ne pûmes réaliser notre projet. Une dissection minutieuse ne tarda pas à nous convaincre de l'altération trop profonde de la glande spermatique et de l'épididyme; force nous fut d'en venir à la castration. Mais dès que, reprenant ses sens par la cessation de l'éthérisme, cet homme s'aperçut de la disparition complète du testicule, il tomba dans un affaissement moral dont il nous fut impossible de le tirer pendant le mois qui sépara l'opération de l'époque de sa mort.

Quoique la péritonite qui a été la raison de cette triste fin ne soit pas due sans doute exclusivement à l'influence de cette tristesse profonde, néanmoins nous ne saurions la considérer comme indifférente à un tel

accident, quand on sait combien les passions concentrées agissent sur les organes abdominaux. Ces diverses considérations nous engagèrent à tenter la même opération conservatrice sur un jeune homme qui, s'il n'en retira pas tout le bénéfice désiré, n'éprouva pas du moins un sort funeste.

Obs. — Testicule tuberculeux, fistules et désordres opiniâtres. — Castration. — Guérison. (Obs. de M. Ch. Coste.)

Le 4 septembre 1850, est entré à l'hôpital Saint-Eloi le nommé Bayle, âgé de 24 ans, domicilié à Avignon.

Ce malade, d'un tempérament lymphatique, eut, en 1843, une première blennorrhagie peu intense et traitée par la potion de Chopart; elle tomba, dit-il, dans les bourses au bout de 15 jours. L'orchite céda, après le même temps, à une application d'abord de 10 sangsues sur le trajet du cordon, puis de cataplasmes de farine de lin. Un an après, à la même époque (juin), après un excès de boisson, Bayle vit l'écoulement reparaître. Cinq jours après la manifestation de l'écoulement, une autre orchite se manifesta. On appliqua encore 10 sangsues et quelques cataplasmes; au bout de huit à dix jours l'orchite avait disparu. Depuis cette époque, Bayle voyait de temps en temps, après un excès de boisson (il en faisait beaucoup), ou après un excès de fatigue, son écoulement revenir; il durait alors peu de jours.

Au mois de décembre 1849, Bayle sentait plus particulièrement, le matin en se levant, une douleur dans le testicule. Cette douleur augmenta graduellement pendant quelques jours; les bourses étaient enflées, mais ne présentaient pas de rougeur à l'extérieur. Il est alors

admis à l'hôpital de Briançon, où l'on enveloppa l'engorgement avec du coton cardé pendant cinq mois, après avoir préalablement évacué une quantité assez considérable de sérosité, sans faire aucune injection. Quinze jours après cette opération, il s'était formé un petit bouton blanchâtre, d'après ce que dit le malade, à la partie externe et moyenne du testicule; ce bouton donna issue à du pus, qui, depuis, n'a plus cessé de couler.

Deux mois après son entrée à l'hôpital de Briançon, Bayle eut un abcès à la partie inférieure du périnée, très-près de l'anus; on l'ouvrit avec la lancette avant la maturité, l'ouverture est restée fistuleuse. Au bout de cinq mois, cet homme a été évacué à l'hôpital de Lyon, où, après avoir pratiqué le cathétérisme, on l'a d'abord soumis à l'administration de l'iodure de potassium, puis des pilules de Sédillot et du calomel. Après un mois de séjour à Lyon, Bayle, alors militaire, obtint une convalescence de quatre mois. Il fut à Avignon, où on lui administra de l'iodure de potassium, en même temps qu'on fit dans l'intérieur du testicule des injections avec l'iodure.

Le 4 septembre 1850, Bayle entra à l'hôpital St.-Eloi. M. Chrestien le sonda plusieurs jours de suite; en même temps il lui administra à l'intérieur la solution aurifère, une cuillerée matin et soir. Une sonde ayant été oubliée pendant trente heures dans le canal de ce malade, il s'ensuivit une fièvre qui se jugea par un *herpes labialis*. Au bout de quelques jours, M. Chrestien, après la cessation de la fièvre, agrandit par une incision l'ouverture fistuleuse au périnée.

Le 1er octobre, jour auquel M. le professeur Alquié prit le service, le testicule droit du malade a presque

le volume du poignet ; il est dur, sa surface est inégale. L'épididyme partage l'altération du testicule ; il est assez difficile de les distinguer. Il y a à la partie supérieure et antérieure de la tumeur deux petites ouvertures fistuleuses, à un centimètre de distance l'une de l'autre. Le stylet plongé dans l'ouverture interne s'enfonce d'un centimètre et demi ; il s'en écoule une suppuration ténue, mais peu abondante. Pas de douleur dans les testicules, tiraillements seulement le long des uretères dans la station verticale. Le malade porte habituellement un suspensoir ; le testicule gauche conserve à peu près son état normal. Bayle se plaint, depuis l'origine de sa maladie, de n'être plus entré en érection. Les urines déposent un sédiment blanchâtre assez abondant.

A la partie inférieure du périnée existe une ouverture de 2 centimètres de long, dirigée obliquement de haut en bas et de droite à gauche. L'angle inférieur de cette ouverture arrive presque jusqu'à l'anus ; le supérieur ne va pas tout-à-fait jusqu'au milieu du périnée. Le stylet s'enfonce à l'angle inférieur de cette ouverture et horizontalement de 2 centimètres environ. Jamais des matières fécales ne sont sorties par cette ouverture ; il n'y a pas de communication avec le rectum. Bayle dit ne jamais avoir souffert dans la colonne vertébrale. L'état général du malade est assez bon ; l'aspect de la face et de la peau annonce un tempérament lymphatique. (Continuation de la solution aurifère ; injections avec l'iode dans le testicule et dans la fistule borgne externe du périnée ; trois quarts.)

Ces mêmes prescriptions ont été continuées jusqu'au 20 octobre, époque à laquelle les injections avec l'iode ont été remplacées par les injections avec la décoction de gentiane. Le volume de la tumeur vue chaque jour

ne présente pas de diminution sensible ; cependant, en se rappelant ce qu'il était d'abord, le malade trouve lui-même qu'il est diminué. Les mêmes moyens sont continués jusqu'au 27 octobre, époque à laquelle M. le professeur Alquié fait administrer deux cuillerées matin et soir de la solution aurifère, en même temps que, sur la demande du malade, il ordonne la tisane de salsepareille.

Malgré ces divers moyens, le volume de la tumeur reste à peu près stationnaire; le pus qui s'en écoule est ténu et peu abondant. L'ouverture de la fistule ne diminue pas; elle suppure aussi toujours, mais fort peu.

Le malade manifeste l'intention de se faire enlever son testicule, en même temps que de faire opérer sa fistule. Il est inquiet de ce qu'il n'entre plus depuis si long-temps en érection.

Le 2 novembre, la solution aurifère est remplacée par les pilules de Plenck, une matin et soir ; quatre jours après, le nombre des pilules est doublé. Sous l'influence de ce moyen, il s'opère une véritable diminution dans le volume de la tumeur. Elle est, dix jours après, réduite d'un cinquième à peu près : l'ouverture de la fistule diminue en longueur, et les parois à l'extérieur commencent à adhérer dans leur fond. — Le 13 novembre, M. le professeur Alquié fait, à la partie supérieure et antérieure du testicule, une ponction avec la lancette. Il en sort de la sérosité pure d'abord, puis sanguinolente, à peu près de la capacité d'une cuiller ordinaire. La ponction a été précédée de l'application de 20 gouttes de chloroforme sur le lieu où elle devait être pratiquée. Bayle dit ne rien avoir souffert de la piqûre, il a à peine senti la présence de l'instrument.

Le 14 décembre, les injections avec l'iode dans le

testicule lésé et la fistule sont de nouveau ordonnées. Le premier jour, le malade ressentit assez de cuisson de la présence de l'iode; les autres jours, il y fut presque insensible. Toujours mêmes prescriptions à l'intérieur. Le volume de la tumeur, qui avait diminué d'abord après l'administration des pilules de Plenck, ne diminue plus aussi sensiblement. La fistule cependant va de mieux en mieux; le périnée est rasé, afin que les poils ne s'opposent pas à la cicatrisation.

Le 22 décembre, une nouvelle ouverture fistuleuse se déclare sur la partie inférieure et externe du testicule malade. (Injection avec l'huile de foie de morue ; même prescription à l'intérieur.)

Depuis cette époque, l'état des parties a été loin de s'améliorer : l'engorgement du testicule est resté stationnaire; les fistules ont persisté malgré les injections variées que l'on y a faites. La santé de Bayle s'appauvrissait notablement, aussi a-t-il demandé instamment de le débarrasser d'une maladie rebelle à tous les remèdes depuis deux ans. Nous nous rendîmes aux désirs de cet homme, en nous proposant de retrancher les parties altérées et de conserver une portion de la glande séminale, s'il était possible. Ce projet fut mis en œuvre le 22 février 1851.

A la faveur de deux incisions courbes, dirigées suivant la forme de la tumeur, nous comprîmes les ouvertures fistuleuses et la peau trop altérée, et nous mîmes à découvert le testicule. En avant de cet organe, nous rencontrâmes une masse fongueuse et plastique que nous enlevâmes. La dissection du cordon, de l'épididyme et de l'altération morbide, nous prouva que malheureusement presque toute la glande séminale était désorganisée, ainsi qu'une grande partie de l'épididyme. A

regret, nous nous décidâmes donc à sacrifier tout l'organe. Après l'opération, le testicule fut disséqué sous les yeux des élèves, et nous y rencontrâmes sept tubercules au sein du tissu très-comprimé de la glande séminale; la matière tuberculeuse infiltrait l'épididyme, et lui donnait vers sa queue un volume considérable. La réunion immédiate fut opérée, et la plaie fut fermée. Quinze jours après, Bayle sortit de l'Hôtel-Dieu, jouissant d'une santé très-satisfaisante.

Ici encore nos essais de conservation ne purent être réalisés. Les tubercules nombreux dont le tissu du testicule se trouvait parsemé ne permettaient pas d'appliquer heureusement cette opération. Il nous a paru, du reste, que la tuberculisation du testicule était moins favorable que l'altération fibrineuse à la chirurgie conservatrice. Les tubercules sont plus souvent déposés au sein de la glande et en plusieurs points que la matière plastique; il serait utile de pouvoir distinguer ces deux lésions organiques, confondues en ce cas et en beaucoup d'autres. On peut avancer, à cet égard, que la tuberculisation détermine une tuméfaction moindre, un engorgement à lobules plus petits et plus arrondis et arrive chez des personnes offrant le cachet scrofuleux et plusieurs maladies de cette nature. Le testicule fibrineux se développe à la suite de violences, de blennorrhagies, prend un volume plus grand, une forme lobuleuse plus large.

Quoi qu'il en soit, l'essai de conservation ne saurait être condamné en ces cas, et doit être presque toujours tenté par les motifs exposés plus haut, et par cet autre qu'il n'empêche pas d'achever la castration si les recherches actuelles démontrent des altérations trop profondes.

Ces tentatives n'aggravent nullement l'opération ni ses suites, et offrent l'inappréciable perspective de pouvoir sauver un testicule en partie ou en presque totalité. Il n'est pas à dédaigner, en effet, de pouvoir conserver la moitié de la glande spermatique, comme MM. Bérard, Jarjavay, Jobert et Malgaigne, etc., etc., l'ont obtenu. Quand on n'aurait ainsi que satisfait au côté moral du problème thérapeutique, ce serait déjà un avantage incontestable, même avec un testicule atrophié.

Nous avons vu que les dépôts de fibrine constituaient des altérations qui, par leur disposition fréquente autour de la glande spermatique, se prêtaient mieux à l'opération que nous préconisons. Cette dernière altération est encore plus favorable que la tuberculisation quand elle s'effectue au sein même du testicule. Le fait suivant peut donner une idée de ce que l'on a droit de concevoir sous ce rapport.

Obs. — Enorme sarcocèle fibrineux et kystique développé au milieu du tissu spermatique resté sain. — Castration. — Guérison. (Obs. de M. A. Delpech, chef de clinique.)

Malrieu (Charles), habitant Rodez, profession de cordonnier, âgé de 22 ans, tempérament lymphatico-bilieux, se rend à l'Hôtel-Dieu de Montpellier pour s'y faire traiter d'un énorme sarcocèle. Le père de ce jeune homme a toujours joui d'une bonne santé; sa mère est morte d'une maladie de poitrine déterminée par un allaitement prolongé.

Il y a trois ans et trois mois, première blennorrhagie qui fut suivie d'une orchite du côté droit. Cette orchite disparut au bout de trois ou quatre jours: le malade faisait des frictions avec l'onguent mercuriel, et appliquait des cataplasmes; il prit aussi vingt pilules dont il ignore

la composition. La blennorrhagie a persisté, malgré ce traitement, sous forme d'une goutte apparaissant tous les matins. — Il y a sept mois, nouvelle blennorrhagie qui donne lieu à un engorgement du testicule gauche, source de la maladie actuelle.

Il y a six mois, douleurs vagues aux tibias, survenant les jours où le malade avait beaucoup dansé ou qu'il s'était fatigué, et attribuées par lui à cette fatigue; ces douleurs passaient quand le malade était au lit, au lieu d'augmenter. — Il y a quatre mois, 14 chancres autour de la base du gland. Ces chancres disparurent après deux mois de traitement administré à l'Hopital-Général de Montpellier.

Nous avons dit que cette maladie commença, il y a sept mois, par un engorgement testiculaire survenu à la suite d'une seconde blennorrhagie. Elle débuta par la partie supérieure du testicule, qui acquit plus de grosseur et de dureté. La peau du scrotum était un peu rouge du côté malade; le testicule était indolore même à la pression; pas de fièvre. Ce n'est que 18 jours après le début de la maladie du testicule que des douleurs se firent sentir; elles empêchèrent alors la marche et le sommeil : le volume de l'organe, à cette époque, était celui d'un citron, il a augmenté depuis lentement. On comprima fortement le testicule pendant quatre ou cinq jours avec des bandelettes de sparadrap. Les douleurs disparurent; elles reparurent plus tard et se manifestèrent à plusieurs reprises, de telle sorte qu'à certains jours le malade ne pouvait bouger, et que, dans les intervalles de calme, il vaquait à ses occupations comme s'il n'eût rien eu. Ces douleurs faisaient éprouver la sensation de coups d'épingles; elles n'ont jamais eu pour siége le testicule lui-même, mais bien le cordon, le ventre, les reins, la

cuisse gauche; la compression paraissait soulager le malade, loin d'aggraver ses douleurs. Le traitement qu'on a opposé à cette maladie a été le suivant : au début de l'engorgement testiculaire et quand il y avait de la rougeur, une fois douze sangsues, une fois six sangsues sur le testicule même; cataplasme arrosé avec l'eau blanche. Depuis que le malade est à l'hôpital Saint-Eloi, frictions avec la pommade à l'iodure de plomb, pendant quinze jours à peu près, et maintenant iodure de potassium, 1 gramme 50 par jour.

Le testicule gauche présente le volume des deux poings. — Fausse fluctuation, pas de transparence : elle n'a jamais été constatée, et deux ponctions exploratrices ont été pratiquées sans qu'il s'écoulât du liquide. Engorgement médiocre du cordon, ne se prolongeant pas profondément jusque dans le canal inguinal, augmentant par une marche un peu prolongée. — Rien qui annonce une maladie de poitrine. — Un peu de constipation, appétit médiocre, soif exagérée.

J'ai fait deux ponctions, l'une avec un trois-quarts, l'autre avec un bistouri; je n'ai retiré qu'un peu de pus et de sang. Le 11 juin 1851, j'ai fait l'ablation de ce testicule par mon procédé à opercule. Après avoir endormi ce jeune homme à l'aide du chloroforme, qui a déterminé une anesthésie profonde et sans cris, sans agitation, j'ai taillé un lambeau dont le milieu de la base correspondît à l'anneau externe du canal inguinal. Une seconde incision, presque concentrique à la première et placée au bas de la tumeur, a circonscrit un second lambeau sacrifié. Disséquant ensuite la tumeur, j'ai pu poursuivre assez haut le cordon spermatique mis à nu, grâce au renversement du lambeau. Sans tirailler ni étreindre le cordon spermatique, j'ai successivement

coupé les parties, lié plusieurs artères et enlevé entièrement cette tumeur considérable. Enfin, j'ai rabattu le lambeau, rétracté fortement comme le reste du scrotum et des artères par l'influence du chloroforme, qui me paraît agir sur le tissu dartoïde plus que sur le tissu musculaire commun, et réuni les bords de la plaie au moyen de huit points de suture.

Ainsi, j'ai taillé un long lambeau, afin de recouvrir le cordon et le canal inguinal qui sont si fréquemment enflammés à la suite du procédé ordinaire, ce qui entraîne même bien des accidents parfois mortels. Il me semble qu'en mettant à couvert le canal et le cordon par mon procédé, je diminue les chances de la phlogose; en outre, la réunion me paraît devoir être plus facile. Afin de prévenir l'inflammation de la fosse iliaque interne et du péritoine, j'ai eu le soin de ne pas tirailler le cordon ni de l'étreindre dans une ligature, comme le fait Moulinier, et ces trois conditions me semblent favorables au but désiré. (Une potion opiacée est donnée au malade.)

L'examen de cette tumeur testiculaire a présenté l'état suivant: les enveloppes sont saines, et le périteste, considérablement agrandi, contient la masse morbide et en apparence la substance du testicule comprise dans cette dernière. Celle-ci se détache aisément de la tunique fibreuse, de manière à présenter une surface unie et une masse semblable à un œuf d'autruche. Vainement j'ai cherché à cette surface et dans la profondeur de ce sarcocèle l'épididyme et le corps du testicule; une heure durant de recherches du scalpel, du microscope, de la loupe, rien ne m'a permis de reconnaître la présence de l'organe supposé dégénéré. Force m'a été d'explorer les enveloppes du testicule, et, à mon grand étonnement, j'ai

retrouvé la substance du testicule d'aspect parfaitement normal, mais étalée en lame fibreuse ou canaliculée sur la face interne du périteste, de sorte que la glande séminale avait été déplissée et étalée autour de la masse morbide, mais en une couche plus mince en avant qu'en arrière de la tumeur. L'épididyme et les différentes parties du cordon sont bien reconnaissables et nullement altérés; il en est de même de toutes les tuniques des bourses.

La substance de nouvelle formation, ainsi déposée et organisée entre les conduits séminifères, est constituée en grande partie par un tissu grisâtre, fibrineux par places, et semblable au tissu lardacé si souvent déposé autour des synoviales, des séreuses, dans le parenchyme pulmonaire. Au milieu de cette gangue plastique sont déposés des kystes en nombre infini et en volumes divers, depuis un grain de millet jusqu'à un œuf de pigeon. Ces kystes ont une double enveloppe; l'interne, très-mince, transparente, laisse voir un liquide aqueux et parfois renfermant des corpuscules blancs, durs, comme fibreux ou crétacés. Ce contenu est, en certains points, une matière mélanoïde ou biliforme, en d'autres purulente et verdâtre, en d'autres enfin du pus jaunâtre en assez grande quantité. Certaines de ces enveloppes internes sont opaques, épaisses, fibrineuses. L'enveloppe extérieure de ces kystes est fibreuse, résistante, se continue avec la trame ou la masse générale, et les unit tous. Cette masse morbide est donc composée d'une gangue fongueuse ou plastique plus ou moins organisée en tissu fibreux, de poches contenant soit du pus, soit un liquide aqueux ou mélanoïde. Les vaisseaux séminifères sont étalés en lame autour de cette masse plastique, qui présente en outre beaucoup de granulations blanches et fibroïdes

situées dans les intervalles des kystes. Les liquides examinés au microscope nous ont montré des globules de pus, granulés, plus ou moins volumineux, une partie de nature particulière, peut-être cholestérique, mais point de spermatozoaires, et seulement des filaments entrelacés sous forme de cheveux.

La réunion de la plaie a été contrariée par une hémorrhagie secondaire provenant de l'artère de la cloison que nous avons été obligé de lier, et qui n'a plus donné du sang quoique les tissus ambiants fussent livrés à la suppuration depuis plusieurs jours. Il est survenu aussi un petit abcès dans le trajet du canal inguinal, ce qui n'a point amené de trouble dans l'état toujours satisfaisant de cet homme qui n'a point tardé à obtenir une guérison complète.

Le dépôt de fibrine au centre du tissu même du testicule peut donc laisser intacts les conduits spermatiques, et, par suite, permettre de les conserver en enlevant de leur milieu le produit pathologique. Cette altération rend aussi la récidive moins à craindre, non-seulement à cause du siége même de l'altération, mais encore de l'espèce du produit morbide. Toutefois, les sarcocèles fibrineux n'excluent point la présence de substance cancéreuse dans la même tumeur, comme nous l'avons constaté dans un cas non moins remarquable que le précédent.

Obs. — Sarcocèle fibrineux et encéphaloïde parsemé d'un grand nombre de kystes. — Castration, — Guérison.

Un homme, âgé de 34 ans, d'une constitution chétive, fut délivré d'un sarcocèle du côté gauche, le 7 septembre 1847, par M. Serre. La tumeur fibriforme, du volume d'une grosse aubergine, donnait une sensation de fluc-

tuation sur plusieurs points où l'on avait fait différentes ponctions qui avaient donné issue à quelques cuillerées d'un liquide puo-sanguinolent, mais sans diminuer notablement le volume de la tumeur.

Ces circonstances sont expliquées par l'examen du sarcocèle, qui montre au centre de ce dernier beaucoup de loges à parois fibro-séreuses, remplies d'un liquide puo-sanguinolent et citrin en certains points. Ces cavités se touchent; plusieurs communiquent entre elles, et sont limitées par un tissu fibreux, satiné, infiltré de sérosité, où je ne vois point de squirrhe ni d'encéphaloïde; toutefois une matière fongueuse existe sur un des points saillants et bien limités. En plusieurs endroits de la masse morbide, nous voyons de véritables kystes demi-transparents remplis de sérosité jaunâtre. Un grand nombre de vaisseaux se font remarquer entre ces poches morbides.

A quoi faut-il rapporter cette espèce d'altération? La gangue au milieu de laquelle les kystes si multipliés se sont développés, est manifestement due à un dépôt de fibrine; quant aux kystes, ils seraient le résultat, selon A. Cooper (1), de la dilatation variqueuse des conduits spermatiques. Pour ce praticien célèbre, l'altération offerte par nos derniers malades ne serait pas un cancer, et par conséquent ne serait point sujète à récidive. Cette proposition nous paraît exagérée, et, sans la discuter ici, contentons-nous de signaler la coexistence d'une masse fibro-kystique avec une portion de matière fongueuse évidemment maligne. La formation de ces nombreuses poches nous paraît due à l'organisation de la fibrine, qui constitue le produit principal de cette

(1) OEuv. trad. nouv., p. 449.

espèce de sarcocèle : en voici, ce nous semble, la preuve.

Aucun fait n'est peut-être plus démonstratif que celui dont le sujet est le cadavre d'une jeune femme apportée dans nos salles de dissection au mois de décembre 1846, tandis que nous occupions le poste de Chef des travaux anatomiques.

La cavité abdominale de ce cadavre nous offrit des traces nombreuses d'une péritonite ancienne et d'une autre récente. Des adhérences fibreuses existaient sur plusieurs endroits de la séreuse et entre les intestins, les organes pelviens, etc. Des produits pseudo-membraneux parsemaient presque toute la cavité péritonéale, et leur consistance était fort diverse; mais nous fûmes surtout frappé de la présence d'un grand nombre de corps arrondis, du volume d'une lentille, d'un pois-chiche ou même d'une noix, jaunâtres, demi-consistants et formés par de la matière plastique ou fibrineuse. La surface de ces tumeurs était assez régulière et faiblement attachée à la séreuse abdominale ; les parois avaient deux ou trois millimètres d'épaisseur, d'une organisation récente, sans vaisseaux apparents, et assez bien limitées à leur face interne. Chacune d'elles contenait une matière blanchâtre, suiffeuse, tuberculiforme, semblable enfin à celle dont sont remplis les kystes athéromateux, stéatomateux, etc. Il nous fut évident que ce cas dépendait d'une péritonite récente, qui avait donné lieu à la sécrétion de lymphe plastique organisée en poches multiples, dont la forme dépendait en partie du mouvement naturel des parois et des viscères abdominaux. L'étude de ces tumeurs nous montra que la matière coagulable pouvait se transformer en une pulpe analogue au suif ou à la graisse ; car l'organisation de ces poches

n'était pas assez avancée pour avoir sécrété leur contenu. Une de ces tumeurs parut remarquable en ce que, rapprochée de celle que nous avions rencontrée sur le cadavre d'une jeune femme morte de péritonite à l'hôpital Saint-Eloi, elle nous prouva que beaucoup de kystes situés dans les ligaments larges se rattachent à une pareille origine; ce qui vient à l'appui de l'opinion de Henle sur la transformation possible des cellules de la fibrine.

ARTICLE IX.

DE L'ANESTHÉSIE LOCALE EN CHIRURGIE CLINIQUE,

La découverte des agents anesthésiques a produit des modifications heureuses et profondes dans la thérapeutique chirurgicale. A l'enthousiasme qu'elle a dû exciter d'abord, a succédé la sévère et lente appréciation de l'expérience clinique. A côté des faits sans nombre où l'anesthésie a procuré de précieux avantages, sont venus se grouper des cas malheureux où même la mort en a été la triste conséquence. On n'a pas tardé à reconnaître que des incertitudes, des difficultés et de graves dangers accompagnaient l'emploi des vapeurs anesthésiques ; et l'on a cherché enfin les moyens de rendre insensibles seulement les parties soumises à l'instrument tranchant.

Loin de nous la déplorable pensée de dénigrer la belle découverte américaine ! Elle a réalisé de nos jours ce qui, pendant bien des siècles, avait paru un rêve, une chimère; elle restera toujours comme un progrès immense qui fait autant de bien que d'honneur à l'humanité. Mais tout remède offre des difficultés, des dangers même, et des bornes à son emploi; comment les agents anesthésiques n'en présenteraient-ils pas ! Les apprécier avec

calme au lit des malades, comparer expérimentalement l'usage de l'anesthésie générale avec l'anesthésie locale, tel nous paraît le but digne des recherches actuelles de l'art.

L'expérience apprend que l'anesthésie ne se produit pas également chez toutes les personnes, dont les unes subissent rapidement l'influence des vapeurs somnifères, tandis que d'autres s'y montrent réfractaires assez longtemps ou même entièrement, assure-t-on : de-là incertitude de la part du praticien sur la dose d'inhalation convenable à chaque individu. Pour se guider en pareilles circonstances, on doit, il est vrai, examiner l'état du pouls, de la respiration, de la sensibilité; mais ces moyens ne suffisent pas constamment à dissiper les appréhensions du chirurgien. Vainement on a proposé d'y obvier à la faveur du dosage des inhalations, et à l'aide d'instruments perfectionnés dans ce but. On a dû abandonner cette ressource, vu la variabilité individuelle de la tolérance anesthésique.

D'ailleurs, toutes les personnes ne se soumettent pas aisément aux inhalations d'éther ou de chloroforme : soit défectuosité des instruments, soit inhabileté de l'opérateur, soit enfin indocilité du malade, on rencontre parfois bien des difficultés à déterminer l'insensibilité. En outre, l'individu anesthésié peut si promptement passer à l'état extrême ou d'asphyxie, que le praticien attentif, que les parents du malade peuvent rester dans une cruelle anxiété. Je me rappellerai toujours les angoisses d'une femme en présence de son mari que je venais de plonger dans l'éthérisme, avant de le soumettre à l'opération pour une fistule anale! Il me fallut rappeler promptement cet homme de cette mort apparente, afin de prévenir des accidents graves chez son épouse.

En présence de ces dangers toujours à redouter, M. le professeur Velpeau lui-même est conduit à écrire : « D'une manière générale, je ne conseille l'anesthésie à personne ; toutes choses égales d'ailleurs, j'aime mieux opérer sans éthérisation qu'avec éthérisation (1). »

Le même praticien ajoute que, « l'anesthésie prolongée offrant quelques dangers, l'homme de l'art a naturellement hâte d'en finir, et ne peut se défendre d'un certain degré de préoccupation tant que dure l'opération. S'il convient de varier la position du corps, de questionner le malade ; si l'on a besoin du concours de la volonté, l'opération une fois commencée, l'homme éveillé vous obéit et s'abstient presque toujours des mouvements qui pourraient nuire, tandis que rien de tout cela n'est possible sur un malade endormi. »

Les appréhensions des gens du monde et des médecins eux-mêmes sont, du reste, justifiées par les accidents sérieux et même la mort plusieurs fois survenue chez les sujets soumis à l'anesthésie. Certains de ces individus ont été en proie à de violentes céphalalgies, à l'arachnitis, à la pneumonie, à l'asthénie nerveuse. Selon le professeur Sédillot (2), les vapeurs du chloroforme ont contribué à la mort des malades dix jours ou même un mois après les inhalations, tandis qu'ils s'étaient bien rétablis immédiatement après. Il faut avouer cependant que la lecture du travail de ce professeur est loin de démontrer la justesse de cette interprétation des faits de ce genre.

M. le professeur Velpeau a eu sans doute raison de dire, d'une manière générale, que les cas authentiques de mort par les inhalations se sont rencontrés dans la

(1) Mém. Institut, 1850, p. 278.

(2) Insensibilité, etc., p. 79.

pratique privée (1) ; mais il a été moins fondé à soutenir qu'aucun des opérateurs en renom n'a eu à en déplorer de semblables. Il nous semble que l'on ne saurait méconnaître la réputation méritée de M. Robert, qui a éprouvé naguère un pareil malheur (2), comme M. Barrier, de Lyon (3). MM. Ricord et Bleck ont pu, il est vrai, retirer leurs opérés d'une asphyxie extrême à l'aide de l'insufflation artificielle (4). Les faits signalés par ces praticiens nous paraissent démontrer les dangers mortels des inhalations de chloroforme ; on pourrait y ajouter certains cas où l'extraction d'une dent chez une personne chloroformisée a été suivie d'une mort foudroyante, comme dans l'observation de M. Confervon, de Langres (5), etc.

Il serait donc à désirer que l'on pût obtenir les avantages de l'anesthésie, sans craindre les difficultés ni les dangers des inhalations. Si un tel résultat venait à se réaliser, nul doute qu'il ne constituât un véritable progrès de la thérapeutique et de l'anesthésisme lui-même : c'est là le but de l'emploi des agents propres à rendre momentanément insensibles seulement les parties sur lesquelles une opération va être pratiquée. On obvierait ainsi aux difficultés, aux incertitudes et aux dangers signalés précédemment, et l'on étendrait les applications de l'anesthésie à bien des cas où les inhalations ne peuvent être mises en œuvre. Ainsi, l'ablation d'une partie cancéreuse des lèvres, la réunion du bec-de-lièvre, la trachéotomie, la laryngotomie ne peuvent être faites, le patient étant anesthésié, sans craindre la chute du sang

(1) Mém. Institut, 1850, T. XXX, p. 277.

(2) Bullet. thérap., T. XXXV, p. 47.

(3) Gazette méd., Paris, 1849.

(4) Bullet. thérap., 1850, p. 549.

(5) Bullet. Acad. méd., octobre 1849.

dans les voies aériennes et l'asphyxie rapide. D'ailleurs, la bronchotomie est pratiquée ordinairement pour des cas où l'asphyxie est imminente, circonstance qui contre-indique par elle-même les inhalations. Il est un certain nombre d'opérations qui demandent la participation du patient et la concentration des parties sur lesquelles l'instrument est porté : telles sont la ténotomie, l'extirpation du col utérin, la staphyloraphie, l'excision des hémorrhoïdes, etc. Enfin, il existe un bon nombre de cas où l'opération réclamée est si peu considérable, si peu douloureuse, qu'il serait inutile et même irraisonnable de soumettre les sujets aux agents d'anesthésie générale : l'ouverture d'abcès, l'excision de verrues, d'excroissances, l'incision du prépuce, le débridement du méat urinaire, et beaucoup d'autres où il s'agit d'un coup de bistouri à donner.

L'anesthésie locale prévient, comme l'anesthésie générale, non-seulement la douleur, mais encore le spasme, l'inflammation, qui compromettent bien des opérations habilement exécutées. Quand une brûlure a lieu, l'application d'une pommade opiacée sur la partie lésée amoindrit ou prévient l'état douloureux, soit localement, soit généralement, diminue la fluxion, l'inflammation et toutes ses conséquences. Nous avons vu les applications continuées de glace sur des brûlures étendues arrêter les progrès ordinaires de la phlogose, et procurer des cicatrices très-satisfaisantes chez des malades traités à l'hôpital Saint-Louis par M. Jobert de Lamballe. A ces faits propres à inspirer des préventions favorables touchant la question dont il s'agit en ce moment, nous pouvons ajouter les résultats obtenus de certaines tentatives d'anesthésie locale qui ont été suivies de plein succès. Il semble d'ailleurs que cet effet avantageux pourrait être

plus aisément retiré de l'anesthésie locale que des inhalations. Celles-ci semblent agir plutôt sur l'ensemble de l'économie, de manière à rendre nulle pour le sens intime la perception vitale, alors cependant que les parties intéressées par l'instrument tranchant ne sont pas restées indifférentes. Par l'anesthésie locale, les perceptions centrales demeurent intactes et libres; mais elles ne peuvent ressentir la lésion d'une partie jetée dans l'insensibilité, dans l'asphyxie locale.

Quelle que soit, du reste, la justesse de ces réflexions, on sait que des essais ont été faits dans le but dont nous parlons. Un mouvement instinctif porte souvent les personnes blessées à se serrer fortement la partie où la violence vient d'être produite. C'est sans doute à une origine de ce genre que l'on doit les essais tentés dans l'espoir de rendre insensibles les parties où l'instrument tranchant va être appliqué. C'est peut-être, en partie, dans cette intention que les anciens entouraient d'un lien circulaire le membre sur lequel une amputation allait être pratiquée au-dessus du lieu où le couteau devait inciser les tissus. Juvet considérait ce moyen comme capable de suspendre la sensibilité locale et d'y empêcher la douleur. Une constriction de cette espèce, faite sur la jambe par un homme à qui le docteur Légard pratiqua l'extirpation de l'ongle du gros orteil, prévint toute souffrance (1); il en fut de même chez un second individu à qui la même opération fut faite par M. Légard, qui eut recours avant à cette constriction sus-malléolaire dont son précédent malade lui avait donné l'idée.

Les nerfs, étant reconnus pour les instruments de la sensibilité, ont dû être soumis à une compression spéciale,

(1) Mélang. méd. chir., Caen, 1837, p. 350.

afin d'empêcher la douleur dans les organes livrés à des opérations sanglantes. Jacques Moore tenta d'exercer une semblable compression sur les troncs nerveux des membres à l'aide d'un instrument dont Dupuytren a fait ensuite usage pour les troncs artériels. J. Hunter et B. Bell se montrèrent partisans de ce moyen d'engourdir la sensibilité dans les parties vouées à des sacrifices ordinairement douloureux. Néanmoins l'autorité de ces habiles praticiens, et l'appui de certains faits invoqués par Moore, n'ont pu en propager l'usage; car la compression des troncs nerveux est fort difficilement suffisante pour empêcher la douleur, et elle peut amener d'ailleurs un engourdissement prolongé et même une paralysie.

Les moyens pharmaceutiques appliqués en topiques ont procuré quelques résultats heureux, mais trop peu certains et trop peu considérables pour en assurer l'usage dans la pratique. Ainsi, les stupéfiants, les sucs des diverses solanées ont été employés en frictions, en épithèmes, et ont pu amoindrir la souffrance ou étouffer la sensibilité quand il s'agissait d'opérations légères, et chez certaines personnes seulement. Récemment différents essais de ce genre ont été tentés. La glace et les topiques réfrigérants ont été employés, sans doute d'après l'idée que le froid engourdit les tissus, les rend insensibles avant d'en amener la congélation. MM. Arnolt, Al. Sanson, Velpeau, Nélaton, etc., l'ont mise en œuvre avant de pratiquer la cautérisation transcurrente du genou (1), ou d'autres opérations généralement de peu de durée. Quoique des avantages remarquables aient été retirés de ce topique engourdissant, cependant plusieurs praticiens, le professeur Velpeau entre autres, n'ont pas

(1) Bullet. thérap., 1850, T. Ier, p. 551.

été satisfaits des résultats observés par eux-mêmes, et n'en ont pas préconisé l'usage.

On a cherché à obtenir l'effet désiré, en faisant des frictions sur les points bientôt soumis au bistouri, avec les liquides employés pour les inhalations anesthésiques. M. Simonin, de Nancy, entre autres, a fait connaître ses essais à cet égard (1); d'où il résulte que l'application prolongée de l'éther ou du chloroforme sur la peau non dépourvue d'épiderme et sur les plaies anciennes ne détermine point l'insensibilité, qui a lieu quand les applications sont faites sur la pulpe dentaire ou sur une plaie récente. Déjà MM. Flourens, Serres, etc., avaient constaté l'insensibilité du nerf principal d'une partie plongée dans l'éther ou le chloroforme; et M. J. Roux, de Toulon, a reconnu l'influence anesthésique des mêmes liquides sur des surfaces traumatiques.

Les applications d'éther ou de chloroforme ont été souvent mises en usage dans l'intention surtout de calmer des douleurs sciatiques ou autres, et l'on a ainsi obtenu d'assez nombreux succès qui semblaient en promettre de semblables dans les opérations sanglantes de la chirurgie. Ainsi, de nos jours, M. Aran a essayé de combattre les maladies douloureuses, non-seulement par l'éther et le chloroforme, mais encore par l'aldéhyde, la benzine, et surtout par le chlorure d'éthyle ou liqueur des Hollandais (2). Malheureusement ces tentatives ne prouvent guère, touchant l'anesthésie locale dans les opérations chirurgicales.

Pénétré de l'importance de cette anesthésie, nous nous étions déjà livré à divers essais sur les animaux et sur nous-même, et nous avions mis en usage un nouveau

(1) Emploi éther chlorof., etc. Nancy, 1849, p. 347.
(2) Gazette des hôpitaux, Paris, 1850, p. 547.

liquide préparé par un habile pharmacien-chimiste de Montpellier, M. F. Sauvan, lorsque le concours nous appela à la clinique chirurgicale où Delpech, Lallemand et M. Serre se sont illustrés. Là, nous avons repris nos essais d'anesthésie locale avec les divers agents proposés et avec celui que M. Sauvan nous a fourni. Nous croyons utile à la pratique médicale de faire connaître nos différentes tentatives : ce sera éclairer l'histoire de l'anesthésie locale, et signaler les résultats qu'il est permis d'en attendre actuellement.

Observations. — *Ether*.

1re Obs. — Bonnet (Xavier), N° 25 salle St.-Eloi, porteur d'un abcès phlegmoneux à la verge, fut lotionné avec l'éther pendant vingt minutes. La douleur fut vive à l'ouverture pratiquée avec une lancette. Ce malade est d'un tempérament sanguin. 20 grammes d'éther furent employés.

2e Obs. — Bonnet (Jean), N° 3 salle St.-Eloi, avait un abcès symptomatique de la carie de la septième côte. Frictions pendant dix minutes avec l'éther sulfurique. Douleur vive, ordinaire à l'ouverture pratiquée avec la lancette. 10 grammes d'éther furent employés.

3e Obs. — Le 20 décembre, M. F., couché au N° 4 salle St.-Jean, qui avait un bubon à l'aine gauche, fut soumis à des tentatives d'anesthésie locale. On imbiba d'éther une compresse pliée en plusieurs doubles et on l'appliqua sur la partie ; de temps en temps on versait de l'éther. On usa ainsi 4 ou 5 grammes d'éther pendant les cinq minutes que l'on fit l'éthérisation locale. La douleur s'est manifestée à peu près au même degré qu'une première fois (voir aux observations d'éthérisation avec le chloro-

forme), et le malade dit que la douleur n'était que fort peu diminuée.

4e Obs. — Jeanne Delpech, 53 ans, tempérament scrofuleux, est entrée à l'hôpital Saint-Eloi, où elle est couchée au N° 18 salle Notre-Dame, pour un *acne rosacea* qu'elle porte aux ailes et dans l'intérieur du nez. Depuis cette époque, apparition sur la joue d'un bouton d'acné qui devint bientôt un abcès du volume d'une petite noix. Le 20 décembre, on a versé 10 à 12 gouttes d'éther sur l'abcès dans l'espace d'une minute ; de plus, on a imbibé du même liquide une compresse que l'on tint appliquée sur la partie une minute environ. L'ouverture fut faite par la lancette. La malade ayant été saignée quelque temps auparavant, nous avons appris d'elle que la douleur avait été moins vive à l'ouverture de l'abcès, quoique très-sensible encore. Cette diminution de douleur pourrait avec raison être attribuée à l'amincissement de la peau plutôt qu'à l'anesthésie locale.

La nuit qui suivit cette ponction, la malade eut de l'insomnie, une céphalalgie plus violente qu'à l'ordinaire, de légers frissons suivis de chaleur de peu de durée.

5e Obs. — A. C., soldat au 35e de ligne, N° 29 salle Saint-Côme : j'ouvris avec la lancette un bubon situé à l'aine gauche ; on fit, avant l'opération, des frictions avec 20 grammes d'éther pendant un quart d'heure, et malgré leur emploi la douleur fut très-vive. Le sujet est d'un tempérament sanguin plutôt que nerveux.

Ces faits nous semblent suffire pour prouver que les applications locales d'éther ne peuvent engourdir la sensibilité de nos organes, ni prévenir les souffrances que déterminent les opérations sanglantes les plus légères. Les malades soumis à ces essais ont été frictionnés, sur le lieu où l'instrument tranchant allait être porté, pen-

dant cinq à vingt minutes. En outre, on a employé à cet effet jusqu'à 20 grammes d'éther. Enfin, plusieurs d'entre eux, ayant déjà subi de légères opérations, ont pu nous donner des renseignements concluants sur la douleur qu'ils ont éprouvée malgré le topique anesthésique.

Chloroforme.

1re Obs. — Le 11 décembre, j'ai ouvert à M. F., N° 4 salle St.-Jean, un bubon à l'aine droite. Avant l'incision, on a essayé la chloroformisation de la partie ; des frictions avec les doigts ont été exécutées pendant une minute et demie avant l'opération : on a employé 7 à 8 gouttes de chloroforme. Le malade affirme avoir parfaitement senti l'action ordinaire de l'instrument. Disons toutefois que la douleur a été très-faible, car aucun signe de souffrance ne s'est manifesté sur le patient.

2e Obs. — M. D., officier, désirant se faire inciser le prépuce, je fis faire des lotions avec le chloroforme qui durèrent une demi-heure. Pendant l'opération la douleur fut *très-vive*. La cautérisation superficielle de la peau fut le résultat de ces lotions trop prolongées, et pour lesquelles 4 ou 5 gr. de chloroforme furent mis en usage.

3e Obs. — Bayle, couché au N° 24 salle Saint-Eloi, fut frictionné avec le chloroforme sur un point du testicule où il y avait abcès. A l'ouverture avec la lancette, le malade, déjà opéré de la même façon, dit avoir autant souffert que les fois précédentes. Les lotions furent faites avec 2 grammes de chloroforme pendant un quart d'heure.

4e Obs. — T., soldat au 16e de ligne, avait un abcès considérable du creux poplité. Durant une minute et demie environ, on fit des frictions avec 20 gouttes de

chloroforme. La douleur fut extrêmement vive pendant l'opération. Ce même sujet, ponctionné quelques jours auparavant, n'avait manifesté aucune douleur, après avoir été frictionné sur le même lieu avec un liquide particulier dont nous parlerons plus tard.

Ici encore le malade pouvait nous fournir des renseignements exacts, car il avait subi trois fois l'ouverture du même abcès, à peu d'intervalle. La première fois l'éther fut mis en usage, la troisième fois ce fut le chloroforme, et l'action de l'instrument tranchant fut également douloureuse. La deuxième fois, au contraire, il n'en a ressenti aucune souffrance, grâce à l'anesthésique employé.

Les exemples que nous venons de signaler ne plaident nullement en faveur de l'influence locale du chloroforme, pas plus que les précédents en faveur de l'éther sulfurique. Nous avons dû, en conséquence, renoncer à ces agents pour recourir à d'autres moyens.

Acide prussique médicinal.

1re Obs. — Je fis raser sur la partie externe de la cuisse d'un chien une surface de 7 à 8 centimètres carrés; je versai environ 5 grammes d'acide prussique médicinal sur la partie recouverte d'une compresse que je laissai ainsi trois quarts d'heure appliquée. Pendant tout ce temps, l'animal nous parut vivement inquiet; ses yeux étaient renversés par moments, et il poussait des cris plaintifs: une salive écumeuse lui sortait de la bouche. A l'aide d'un bistouri deux diagonales furent tirées avec lenteur; l'animal parut tout-à-fait étranger à cette opération, et ce n'est que dix minutes après qu'il jeta quelques cris, en même temps que ses regards se portaient vers les lieux où il avait été opéré. Il ne parut pas souffrir des

suites de cette absorption de l'acide prussique, jusqu'à l'époque où il fut tué, c'est-à-dire quinze jours après.

Dans cette expérience, le sujet n'a point paru souffrir des incisions pratiquées à la peau sur le lieu où l'acide prussique avait été appliqué. Mais les divers symptômes qu'il présenta en même temps, nous semblent dus à l'influence de l'acide prussique absorbé d'abord. Aussi, dès que ces phénomènes généraux s'effacèrent, l'animal manifesta de la douleur. Il est donc infiniment probable que l'anesthésie n'était pas ici simplement locale, mais bien générale.

2e Obs. — Quelques jours après, je fis frictionner un lapin avec le même liquide sur le trajet de l'artère crurale que je mis à nu, sans apercevoir chez l'animal la moindre manifestation de douleur. Désirant répéter les expériences de M. Serres, je fis verser de l'éther sur le nerf mis à nu, deux minutes s'écoulèrent avant que l'éther se fût évaporé; j'en versai de nouveau, et saisissant le nerf avec une pince à dissection, je le serrai fortement. L'animal fut insensible, même quand j'en fis la section. Mais comme j'avais fait entourer le nez de l'animal d'une compresse imbibée d'acide prussique, et qu'une petite quantité d'acide prussique avait été mélangée avec de l'éther qui baignait le nerf, je mis en doute les résultats; et, pour m'assurer de l'influence qu'avait pu avoir l'inspiration de l'acide prussique ou son action locale, je taillai avec les ciseaux l'oreille du lapin. L'animal ne poussa aucun cri. Mon doute se trouvait changé en certitude; car le même animal, quand je lui avais coupé l'extrémité d'une oreille quelques jours auparavant, avait poussé des cris plaintifs. Je résolus donc de répéter cette expérience, et cette fois j'employai un chien.

Solution d'extrait de belladone.

Ayant préalablement fait raser la partie interne de la cuisse d'un chien, je fis verser 4 ou 5 grammes de cette liqueur sur une compresse et je frictionnai vingt minutes environ. L'incision provoqua des cris plaintifs qui nous démontrèrent l'inefficacité du liquide employé. Nous voulûmes utiliser cette opération d'une autre manière, et nous répandîmes de l'éther dans la plaie de manière à ce que toutes les parties fussent baignées du liquide. Nous versâmes environ 5 grammes d'éther, et au bout d'un quart d'heure nous voulûmes saisir le nerf; mais à peine l'avions-nous saisi, que le chien nous donna les signes de la plus vive douleur, tandis qu'il jetait des cris assourdissants. A la section du nerf, les hurlements redoublèrent.

D'après ces expériences, il est évident, pour nous, non-seulement que l'immersion d'un nerf dans l'acide prussique médicinal, dans la solution d'extrait de belladone, n'y suspend point la sensibilité, mais encore que l'éther n'a pas d'influence différente. Nous tenions d'autant plus à constater ce fait, que la possibilité et même la démonstration de l'anesthésie locale nous paraissaient résulter d'expériences publiées par des hommes considérables. S'il est vrai, disions-nous, que le contact prolongé de l'éther sur un nerf en amène l'insensibilité, il doit en être de même lorsque les filets nerveux distribués à la peau dans les autres organes seront soumis à l'impression des liquides anesthésiques.

Les résultats négatifs que nous avons déjà fait connaître touchant l'emploi topique de l'éther et du chloroforme, étaient déjà en opposition manifeste avec les conséquences forcées des expériences auxquelles nous

faisions allusion. Ces résultats négatifs nous portaient donc à induire que le contact prolongé des troncs nerveux eux-mêmes ne devait pas avoir une expression différente. Des expériences sont venues appuyer ces inductions et les données de l'observation clinique. Nous aurions été tenté de conclure différemment en voyant certains vertébrés impassibles non-seulement à l'incision des téguments, mais encore à la pression et à la dilacération des nerfs, si nous n'avions remarqué la même insensibilité sur d'autres parties du corps non soumises à l'influence anesthésique locale. C'est que ces mammifères avaient déjà éprouvé l'action d'inhalations soporifiques. Si de telles remarques n'avaient pas été faites, nous aurions été amené à partager l'opinion que nous combattons.

Extrait de belladone, nitrate d'argent.

La belladone a été employée par nous en extrait sur des ganglions abcédés du cou et de l'aine, et les malades n'ont pu cependant éviter ainsi la douleur que procure ordinairement l'ouverture artificielle de ces collections purulentes. Il en a été de même après l'application prolongée de la pommade au nitrate d'argent à haute dose.

Ces deux agents employés sur des malades à qui nous avons ouvert des abcès du cou et de l'aine, ne nous ont pas procuré de résultat plus décisif ni plus favorable que les moyens précédents. Parfois le peu de sensibilité du sujet, l'amincissement des téguments nous rendaient raison de l'anesthésie apparente que nous n'observions point dans tous les cas ordinaires.

Chlorure d'éthyle.

1re Obs. — M. X., couché au N° 5, salle des payants, porte à l'aine droite un bubon syphilitique. Le tempéra-

ment du malade est sanguin, sa constitution robuste. Des frictions sont faites avec 2 grammes de chlorure d'éthyle versés sur une compresse de flanelle. Les frictions ont duré cinq minutes. A l'ouverture de l'abcès avec la lancette, le malade, sur lequel on avait déjà expérimenté avec d'autres liquides, nous a dit avoir souffert vivement.

2e Obs. — Bonnet, couché au N° 28 salle Saint-Eloi, porte au bras droit, vers son tiers inférieur, un abcès de la grosseur d'une noisette. 20 gouttes d'éthyle furent versées de seconde en seconde sur une compresse placée sur l'abcès, et ce malade ne manifesta pas de douleur bien violente quand on le lui ouvrit avec la lancette. Déjà soumis à l'anesthésie locale, il rapporte avoir, cette dernière fois, beaucoup moins souffert que dans les expériences précédentes.

3e Obs. — Notre troisième observation porte sur un chien. Nous avons employé 3 grammes de liquide en frictions sur les septième, huitième et neuvième côtes dans un espace de cinq centimètres carrés. La partie avait été préalablement rasée. L'incision faite diagonalement provoqua des cris violents de la part de l'animal.

En présence des faits récemment publiés par le docteur Aran sous le titre de *Médication anesthésique locale*, nous étions en droit d'espérer d'être plus heureux au moyen du chlorure d'éthyle ou liqueur des Hollandais. Ce médecin avance, en effet (1), que 15 à 30 gouttes de liqueur des Hollandais appliquées sur la partie douloureuse produisent une action anesthésiante aussi complète que possible. En conséquence, nous avons fait préparer 30 grammes environ de liqueur des Hollandais par un

(1) Bull. thérap. 1850, T. XXXIX, p. 468.

des préparateurs de chimie de la Faculté de médecine. Ce produit lentement obtenu nous a servi aux essais dont nous venons de parler et dont les résultats n'ont pas été satisfaisants. Si l'un de nos malades a éprouvé beaucoup moins de douleur après l'impression prolongée de la liqueur anesthésique, c'est que la peau divisée par la lancette était fort amincie. Du reste, aurions-nous, dans le choix du liquide, commis la méprise que M. Mialhe *a cru reconnaître* dans l'emploi des liqueurs livrées au commerce sous la désignation de liqueur des Hollandais? Faudrait-il mettre en usage le chlorure de carbone liquide, et non la liqueur des Hollandais ou chlorure de gaz oléfiant? Est-ce ainsi que nous serions amené à l'opinion défavorable partagée par M. Snow contre la propriété anesthésiante de la liqueur des Hollandais reconnue par MM. Aran et Numelcy? C'est ce que nous nous efforcerons de décider prochainement. Toutefois, nous ne devons pas perdre de vue que, dans les faits en apparence favorables au chlorure de gaz oléfiant, il s'agit de lésions douloureuses, de névralgies sciatiques, fessières, et nullement d'anesthésie locale pendant les opérations de la chirurgie, comme semblerait l'indiquer d'abord le titre du mémoire dont nous parlons. Il serait, en effet, très-possible que la liqueur des Hollandais, employée en topique sur certains points douloureux de l'économie, diminuât ou dissipât les souffrances comme le font la plupart des substances narcotiques et anti-spasmodiques. Mais de tels résultats ne permettraient point d'induire qu'il en fût de même pour prévenir localement les douleurs causées par une opération chirurgicale.

Ether œnanthique.

1re Obs. — Au N° 28 salle St.-Eloi, est couché le nommé

Bonnet, âgé de 25 ans, d'un tempérament scrofuleux, d'une constitution chétive ; il porte au bras droit, au niveau de l'insertion inférieure du biceps, un abcès chaud très-douloureux au toucher, du volume d'un œuf de poule, symptomatique d'une nécrose de l'humérus. Je verse 10 gouttes d'éther œnanthique dans un verre de montre que je renverse, sans laisser échapper du liquide, sur le centre de l'abcès, et je presse modérément afin d'empêcher l'éther de se trouver au contact de l'air. Malgré la pression légère que j'imprime au verre, le malade accuse un sentiment de douleur pénible sur le lieu où j'ai fait l'application d'éther. Bientôt la souffrance devient plus obtuse, et un engourdissement local, avec sensation de chaleur brûlante mais non douloureuse, se fait sentir un quart d'heure après l'application ; l'éther étant absorbé, l'ouverture est pratiquée. Une première incision ne divise à dessein qu'incomplètement la peau ; le malade ne paraît pas souffrir très-vivement. La seconde incision provoque des plaintes énergiques ; elle a 5 centimètres de longueur. L'opération a pu durer cinq secondes. — Le malade frictionné précédemment avec l'éthyle dit avoir souffert plus vivement à l'ouverture pratiquée cette fois.

2e Obs. — X., soldat au 16e de ligne, est couché au N° 17 de la salle Saint-Côme ; il porte un vaste abcès sanguin à la région poplitée droite. Avant l'ouverture, pendant trois quarts d'heure, de légères frictions avec une compresse imbibée d'éther œnanthique alternant avec des applications du même liquide, on employa environ 4 grammes de liquide. L'ouverture faite avec une lancette introduite très-lentement n'amena, de la part du sujet qui regardait l'opération, aucun mouvement de contraction douloureuse dans sa figure que j'observais. L'ayant ensuite interrogé, il dit n'avoir ressenti qu'une

très-petite piqûre, qu'il comparait à celle d'une épingle. Ce malade n'avait jamais subi d'opération, même légère. Notre conclusion ne pouvait donc qu'être vaguement arrêtée sur le résultat de l'œnanthisation, lorsque, plus tard, ayant pour la même lésion été obligé de pratiquer d'autres ponctions avec la lancette après des frictions préalables avec le chloroforme et l'éther, nous acquîmes la conviction, par l'inspection attentive des traits du malade pendant les opérations et par ses propres aveux, que la douleur de la première opération avait été considérablement amoindrie. Le tempérament de notre sujet est lymphatico-nerveux, sa constitution détériorée par une altération chronique du genou ; il est âgé de 24 ans. La tumeur sanguine, douloureuse au toucher avant les frictions, s'engourdit profondément au bout d'une demi-heure, au point que je pouvais pincer la peau sans faire souffrir cet homme.

3e Obs. — Salle Saint-Eloi, N° 53. V., âgé de 56 ans, porte à la joue gauche un abcès du volume d'une noisette. Depuis deux jours la douleur provoquée était si violente que le malade ne pouvait dormir. J'applique une compresse de flanelle et verse à divers intervalles 40 gouttes d'éther œnanthique pendant un quart d'heure. Une incision de deux centimètres est faite avec la lancette. La douleur occasionnée par l'opération fut obtuse ; et si le malade n'eût été dans un état d'irritation très-prononcée et d'une pusillanimité extrême, nous sommes convaincu qu'il n'aurait point souffert notablement.

4e Obs. — Au N° 17 de la salle des vénériens est couché Nicolas G., soldat au 53e de ligne, atteint de paraphimosis. J'ai le soin, avant l'opération, de faire entourer le prépuce d'une bande imbibée d'éther œnanthique : 4 grammes d'éther furent employés pendant trois

quarts d'heure. La douleur de l'opération ne nous a point paru atténuée d'une manière notable. Le sujet, d'un tempérament sanguin, d'une constitution assez robuste, ne redoutait point l'opération.

5e Obs. — La demoiselle C. est couchée au N° 8 de la salle Notre-Dame, pour se faire traiter d'abcès scrofuleux situés sur le bras gauche. Des frictions sont faites avec 20 gouttes d'éther œnanthique pendant dix minutes, et la douleur ne fut point diminuée à l'ouverture.

6e Obs. — X., âgé de 8 ans, couché au N° 24 salle St.-Eloi, rachitique, porte au pied un petit abcès de la grosseur d'une noisette. Dix minutes de frictions avec 1 gramme d'éther œnanthique ne diminuent nullement la douleur de l'opération.

L'observation suivante nous a présenté un exemple remarquable en faveur de l'anesthésie locale, toutefois avec des circonstances qui méritent d'être déterminées.

Abcès phlegmoneux profond à la région temporale.— Incision sans topiques anesthésiques : accidents nerveux et douloureux graves. —Dernière incision, avec application de l'œnanthine : indolence complète.

(Malade confié à l'observation et aux soins de l'élève Daudé.)

Le 22 novembre 1850 est entré à l'hôpital Saint-Eloi le nommé Brulon (Toussaint), sergent au 55e de ligne; il est couché au N° 10 de la salle Saint-Côme.

Ce militaire, doué d'une constitution robuste, d'un tempérament nervoso-sanguin, était de garde, il y a environ 50 jours, lorsqu'il éprouva du froid : cette sensation se faisait surtout sentir à la tête; il lui fallut long-temps pour se réchauffer. Cependant, grâce aux couvertures qu'il eut soin de jeter sur lui, il recouvra le lendemain la chaleur normale; mais alors il s'aperçut que sa joue gauche était le siége d'une forte inflamma-

tion ; la rougeur était considérable sur toute cette partie de la face, une tuméfaction assez considérable s'y faisait remarquer, et le malade éprouvait en ce point une douleur sourde et profonde et un sentiment de chaleur marqué; l'œil gauche fut même bientôt voilé par la paupière inférieure tuméfiée.

Il ne tarda pas à se manifester une céphalalgie violente, si bien que le malade ne pouvait supporter le moindre bruit: la voix de ses camarades, nous a-t-il dit, suffisait pour exaspérer les douleurs et lui donner des impressions pénibles. Cet état dura environ huit jours, pendant lesquels l'inflammation, sans pouvoir être bien limitée, semblait pourtant être plutôt fixée sur l'oreille que sur les parties environnantes, et le malade accusait d'ailleurs dans cet organe des douleurs lancinantes très-vives, que les mouvements de la mâchoire inférieure augmentaient encore. Bientôt pourtant il se fit un suintement purulent par l'oreille; le chirurgien du régiment prescrivit l'application d'un vésicatoire derrière l'oreille lésée, et l'écoulement fut arrêté en partie, en même temps que la tuméfaction diminuait et que la joue revenait presque à son état normal.

A peine le vésicatoire fut-il sec, que le malade, se croyant complètement guéri, reprit son service; il restait encore cependant un petit suintement de l'oreille, un peu de tuméfaction à la région temporale, au niveau de l'arcade zygomatique, et quelques légères douleurs dans cette partie. Aussi ne faut-il pas s'étonner que, sous l'influence d'un froid nouveau, la maladie ait reparu avec une nouvelle intensité vingt jours après. D'ailleurs, la petite tuméfaction qu'on remarquait dans la région temporale prouvait qu'il s'opérait en ce point un travail pathologique qu'on aurait dû ne pas négliger.

Quoi qu'il en soit, les douleurs ont reparu plus vives et plus profondes dans la région temporale ; une grande tuméfaction s'est montrée dans cette partie, et a gagné tous les tissus de la moitié gauche de la face. La partie interne de la bouche participe aussi à l'inflammation. Le maxillaire inférieur est excessivement gêné dans ses mouvements. Le malade dut s'abstenir d'aliments solides. Les céphalalgies revinrent, le repos disparut, et le malade se retrouva dans le même état qu'auparavant ; seulement cette fois les symptômes étaient plus graves.

Tel était l'état du malade quand on l'a porté à l'hôpital. Il souffre beaucoup dans les mouvements de mastication, vers l'articulation du maxillaire inférieur avec le temporal. Dans ce point on remarque une tumeur plus considérable que sur tous les autres points de la joue ; la rougeur est considérable, le maxillaire supérieur est très-rapproché du maxillaire inférieur qui conserve une position invariable. D'après tout ce que nous venons de dire plus haut, il est facile de voir qu'à la suite de l'inflammation survenue dans le tissu cellulaire il s'est formé du pus dans la région temporale : c'est à la présence de l'abcès phlegmoneux placé à une grande profondeur qu'il faut attribuer les difficultés dans le mouvement de la mâchoire. L'abcès est si profond qu'on peut à peine obtenir la sensation de fluctuation. La tension de la peau, la rougeur, la chaleur, la tuméfaction annoncent assez le travail inflammatoire qui a dû s'opérer et qui s'effectue encore dans cette partie.

En présence de ce fait, M. Alquié, craignant que le pus ne vînt à fuser le long de l'aponévrose et ne s'ouvrît une issue du côté de la joue, s'est hâté, dès le jour même de l'entrée du malade, d'ouvrir l'abcès, espérant d'ailleurs, s'il ne trouvait pas du pus, amener

un débridement des parties, qui ne pouvait qu'être favorable à la résolution de l'inflammation, à l'affaissement de la tumeur. En conséquence, il a fait avec le bistouri une ponction oblique de haut en bas et de dedans en dehors, et a divisé les tissus dans une longueur de deux centimètres environ. Pendant qu'il opérait, il a coupé la branche antérieure de l'artère temporale; l'hémorrhagie a été assez considérable. M. Alquié l'a laissée se produire, et quand il a jugé qu'il avait soustrait au malade par cette saignée locale involontaire une suffisante quantité de sang, il a fait d'abord la compression avec le pouce sur l'artère divisée, et a fait appliquer le nœud d'emballeur.

Pendant l'opération, surtout pendant la compression faite avec le pouce sur l'artère divisée, le malade a présenté les signes d'un état nerveux très-remarquable. Il a eu des contractions spasmodiques des membres, un resserrement de la mâchoire inférieure contre la supérieure, des sueurs froides; bientôt après des larmes se sont écoulées avec assez d'abondance; sa respiration était entrecoupée; en un mot, il présentait tous les symptômes d'un spasme assez fort. On a voulu lui administrer une potion éthérée; mais l'éther n'étant pas supporté par le malade, on lui a prescrit une pilule avec 0,05 centigr. d'opium. Cet état ne s'est pas continué long-temps. Une demi-heure après, ce militaire était parfaitement revenu à lui; on lui ordonne de la tisane de tilleul, et on lui accorde le quart pour aliments.

Le 25, les douleurs ont tout-à-fait disparu; cependant l'inflammation par continuité dans l'oreille est la même. La fluctuation devient plus apparente; la tuméfaction semble gagner du terrain et se continuer derrière l'oreille.

Le 26, après avoir rasé la région temporale, M. Alquié

a essayé un moyen anesthésique local pour pratiquer une nouvelle incision chez cet individu si irritable. Ce liquide, d'une couleur jaune clair ou plutôt ambrée, d'une odeur d'eau de noyau (l'œnanthine ou éther œnanthique), a été employé en frictions pendant un quart d'heure sur le point où devait être pratiquée l'incision ; ensuite, ayant recouvert la partie d'une compresse imbibée de liquide, je l'ai laissée ainsi pendant une heure. Au commencement, le malade a ressenti un picotement assez vif, puis la sensibilité a disparu sur la partie. Alors M. Alquié a fait une incision au-dessus de la première, et est arrivé jusqu'à l'aponévrose temporale qu'il n'a pas divisée, et a fait placer dans la plaie une mèche enduite de cérat pour amener la suppuration à l'extérieur, tout en empêchant la réunion des lèvres de la plaie ; un cataplasme de farine de graine de lin a été aussi appliqué par-dessus.

Voici ce qu'on a pu remarquer pendant et avant l'opération. Depuis qu'on faisait les frictions, la pupille de l'œil gauche surtout a subi une grande dilatation ; le malade nous a dit n'avoir pas éprouvé de la douleur. J'entendais, nous a-t-il dit, quelque chose comme si l'on me coupait les cheveux, mais je n'ai éprouvé aucune douleur. Tout le monde a pu remarquer qu'il était un peu assoupi et ne répondait pas à toutes les questions qu'on lui adressait. Quoi qu'il en soit, il a éprouvé toute la journée un engourdissement qui tenait à un état d'ivresse provoqué sans doute par la respiration de l'air chargé de vapeur de ce liquide qui était resté trop long-temps sur la région temporale. Le malade a eu quelques maux de tête, mais il ne s'en est pas mal trouvé. L'appétit est bon ; je l'ai vu le soir, le pouls était naturel, la figure naturelle, rien n'annonçait aucun phénomène grave à la suite de l'emploi de l'œnanthine.

Le 27, le malade est tout-à-fait soulagé ; la plaie commence à suppurer. On remarque autour des lèvres de l'incision, sur les points où les frictions ont été faites, de petites vésicules remplies de pus, qui proviennent probablement de l'irritation produite par le liquide employé. L'abcès n'est pas ouvert ; en sondant la partie avec un stylet boutonné, je suis parvenu à entrer dans le foyer purulent. L'écoulement depuis n'a pas été fort abondant ; malgré cela, il persiste du côté de l'oreille. (Tis. d'orge, une pilule avec 3 centigr. opium, quart.)

Le 28, M. Alquié agrandit l'ouverture faite la veille avec le stylet au moyen de pinces à dissection ; aussitôt il s'écoule une grande quantité de pus par cette ouverture. Il a introduit encore une mèche : le malade a été immédiatement soulagé. (Même pansement.)

Le 30, il n'y a plus de suintement par l'oreille ; le malade ne souffre plus.

Le 1er décembre, le mieux se continue, les parties tendent à se recoller.

Le 6, la cicatrice est fermée. Le malade demande à sortir de l'hôpital.

Comme on le voit par la lecture de ces essais cliniques, l'œnanthine ou l'éther œnanthique est le seul liquide qui jusqu'à présent nous ait paru donner deux résultats avantageux. L'un a rapport à un militaire auquel nous avions pratiqué successivement trois ponctions pour un vaste abcès de la région poplitée, après avoir mis en usage trois liquides différents : éther, chloroforme, œnanthine. Ce dernier a seul prévenu la douleur, ce que le malade était parfaitement apte à apprécier, puisqu'il avait déjà subi deux opérations semblables sur le même lieu.

Le second malade était encore un militaire bien capable de rendre compte de l'expérience dont il était le sujet, puisqu'il avait aussi supporté l'action du bistouri dans la même région et pour la même maladie peu de jours auparavant. Ce qui rend cette observation plus remarquable encore, c'est que cet homme, éminemment irritable, avait éprouvé, à la suite de la première incision, des accidents nerveux qui nous firent craindre pendant une demi-heure le développement du tétanos, et nous obligèrent de recourir, dans cette idée, à des remèdes énergiques. Une seule réflexion nous porte cependant à émettre quelques doutes sur la conclusion absolue que l'on serait tenté d'en tirer : c'est que ce malade parut plongé dans un léger sommeil pendant la seconde opération, bien qu'il répondît à nos questions. Le liquide anesthésique fut maintenu assez long-temps sur la région temporale. Serait-il possible que les vapeurs de l'œnanthine respirées par ce sujet eussent déterminé l'anesthésie générale ? On est peu porté à cette conclusion quand on voit le liquide œnanthique appliqué seulement sur la région temporale recouvert d'une compresse pliée en double, quand on sait combien il faut de vapeurs anesthésiques directement inspirées pour produire l'éthérisation. Cependant le même agent employé sur beaucoup d'autres malades, à la vérité pendant un temps assez court, n'a pas procuré d'anesthésie locale. Mais nous devons reconnaître que le liquide mis à notre disposition par M. Sauvan était loin d'avoir constamment la même pureté.

En résumé, les faits d'anesthésie locale publiés par divers expérimentateurs ou médecins estimés n'ont pu être reproduits par nous, et les résultats annoncés ont été entièrement différents entre nos mains. Jusqu'ici, nous ne connaissons aucun moyen qui, agissant localement,

soit capable de produire l'insensibilité pendant les opérations sanglantes. Des résultats en apparence favorables à cette espèce d'anesthésie s'expliquent par des circonstances étrangères aux moyens auxquels on serait tenté de l'attribuer. Enfin, l'œnanthine ou l'éther œnanthique est le seul liquide qui nous permette quelques espérances à cet égard, bien que son influence reste encore indéterminée, surtout pour la division étendue des tissus vivants.

ARTICLE X.

ÉTUDE CLINIQUE ET GÉNÉRALE DES VIRUS (1).

Il est des maladies communes par chacun ou l'ensemble de leurs caractères; communes par l'espèce et la multiplicité de leurs causes; communes, enfin, par le nombre et la nature des remèdes qui les combattent. D'autres maladies, au contraire, en diffèrent par leur caractère, leur cause et le médicament spécial qu'elles réclament. Malheureusement l'art possède rarement des ressources directement applicables aux affections de ce dernier genre. Ce n'est pas dans les moyens ordinaires qu'elles se trouvent, mais bien dans les remèdes nouveaux et énergiques. Et, à ce point de vue, quoi de plus puissant, de plus en rapport avec une profonde viciation de la vitalité, de plus paradoxal dans toute son histoire qu'un virus! Leur étude clinique n'ouvrirait-elle pas une voie fructueuse à l'humanité souffrante? Je me propose de vous en faire juges.

Un virus est un produit morbide qui a la faculté de communiquer une maladie contagieuse. Des marais ou des foyers de putréfaction s'élèvent des émanations qui

(1) Discours prononcé à l'Hôtel-Dieu, le 8 juillet 1851.

vicient l'air de manière à le rendre propre à déterminer certaines affections morbides. Les excrétions diverses de malades rassemblés en nombre dans un lieu produisent des exhalaisons qui déterminent aussi une viciation analogue de l'atmosphère de ce lieu. Mais ces produits pathogéniques, désignés du nom de miasmes, diffèrent sensiblement des virus, surtout au point de vue clinique. Etablissons d'abord ce parallèle, que nous poursuivrons à l'aide de nos différents moyens d'investigation et de nos principales connaissances.

Un virus est une matière plus ou moins liquide, par conséquent appréciable à nos sens, et dont on ne peut raisonnablement nier l'existence. Un miasme est un fluide aériforme qui échappe à presque tous nos sens, à presque tous nos moyens d'exploration, et dont la présence est ordinairement plutôt supposée par le raisonnement que rigoureusement démontrée. Le virus est susceptible d'être transporté de différentes manières, selon le désir de l'expérimentateur, de sorte que la maladie dont le virus est la cause peut être répétée loin du lieu où il a pris sa source et en des localités très-diverses. Une telle propriété n'est point accordée au miasme, qu'on ne saurait transporter volontairement d'un lieu dans un autre à l'aide d'instruments divers; aussi est-il nécessaire d'aller au foyer même des miasmes pour en observer ou en éprouver l'influence.

L'air est le véhicule obligé des miasmes qui pénètrent, à son aide, au sein de nos principaux organes et dans toute l'économie. Les poumons et le tube digestif sont les voies ordinaires de cette infection, à la faveur desquelles ils restent un certain temps dans le corps vivant sans amener de désordre apparent. L'atmosphère est une condition accidentelle et assez rare de la trans-

mission des virus ; si certains de ceux-ci se répandent de cette façon, ce n'est pas d'une manière absolue et indispensable, car ces mêmes virus agissent et se propagent par leur contact avec des parties vivantes. Ainsi, les fièvres exanthématiques se communiquent au moyen des rapports immédiats d'une personne saine avec celle qui est atteinte de ces affections, quoique l'air puisse devenir le véhicule de la cause virulente et la répandre au loin. Mais, en tous cas, on retrouve une matière spécifique, source de désordres morbides, qu'il est facile de reproduire à volonté ; aussi est-il possible de propager à de nombreux individus la maladie spéciale dont un virus est la raison, en introduisant ce dernier dans les téguments. L'inoculation est un des moyens propres à établir une distinction importante entre les miasmes et les virus.

L'entassement de matières putrescentes ou méphitiques, de malades en un lieu clos, peut devenir la source du virus, comme l'ulcère ou pourriture d'hôpital nous en fournit un exemple. Toutefois c'est à peu près la seule matière virulente ainsi engendrée, tandis que c'est là l'origine de bien des miasmes et d'affections miasmatiques. Aussi ce genre de maladies présente-t-il des variations et une contingence que les virus ne comportent point. Suivant le degré d'encombrement, la viciation miasmatique de l'air varie, et entraîne communément des variations correspondantes dans le nombre et l'intensité des maladies qui en dépendent. Dans son service à l'Hôtel-Dieu de Paris, Dupuytren constata le développement ou la cessation du typhus nosocomial, suivant qu'on portait à 220 ou que l'on réduisait à 200 la quantité de malades dans les salles qui ne devaient contenir que ce dernier nombre (1). On peut dire encore que les affections

(1) Rapp. Instit., p. 59-60. 1825.

miasmatiques doivent varier quant au nombre, car presque toutes les maladies internes sont susceptibles de le devenir par la réunion d'individus qui en sont atteints. Bien plus, le rassemblement d'un grand nombre de personnes bien portantes dans un lieu trop étroit amène une viciation profonde de l'air, de manière à produire des affections typheuses. Les médecins attachés aux prisons ou aux ambulances ont eu maintes occasions de le constater.

Selon Campden et Bacon, en 1577, pendant la tenue des assises d'Oxford, l'affluence fut si grande que la viciation de l'air produisit une maladie grave parmi les juges et les assistants, dont plus de trois cents moururent en quarante jours (1). Un fait pareil est rapporté par Pringle touchant les assises d'Old-Bayley, tenues le 11 mars 1750. En 1756, il survint un accident semblable à Calcutta, d'après Withe (2). Enfin, après la bataille d'Austerlitz, un résultat aussi déplorable arriva à trois cents prisonniers russes enfermés dans une grotte (3). La malpropreté des personnes, la transpiration des pieds, les émanations de toute une réunion d'hommes altèrent profondément l'atmosphère. En outre, la respiration vicie l'air en soustrayant l'oxygène, le remplaçant par de l'acide carbonique et une partie de vapeurs animales; ce qui semble justifier cette pensée éloquente de Rousseau : « L'haleine de l'homme est mortelle pour l'homme, au physique comme au moral. »

De telles conditions sont très-rarement aptes à engendrer un virus ou à donner la qualité virulente à une maladie interne. Les virus conservent leur spécificité,

(1) Dict. méd., T. XIX, p. 489.
(2) Journ. phys. Rosier, T. XVIII, p. 148.
(3) Journ. méd., 1810.

leur puissance, qui fort rarement est soumise à la contingence des miasmes. Aussi serait-il facile de déterminer la production de ces derniers et les affections qui en dépendent, en entassant des matières putrescentes, des personnes en grand nombre sans renouveler l'air; ce que les Barbares connaissaient bien quand ils entouraient les villes assiégées par eux d'un grand nombre de cadavres.

L'air ainsi vicié, et qui porte le mal aux personnes à qui il sert d'atmosphère, donne une odeur fort sensible et repoussante. Les amphithéâtres, les boyauderies, les cimetières, les hôpitaux, les prisons exhalent une odeur désagréable où l'on reconnaît le sulfhydrate d'ammoniaque, l'hydrogène sulfuré et d'autres gaz méphitiques. Quand on respire près des marais, on ne tarde pas à être péniblement impressionné d'une odeur insolite. Les grandes réunions d'hommes en des lieux ordinairement salubres, tels que les temples et les théâtres, répandent bientôt des exhalaisons fatigantes : preuves de l'existence de substances nuisibles dans l'atmosphère de ces lieux. L'absence de cette odeur caractéristique de l'existence de miasmes se rencontre pendant le règne d'épidémies de choléra-morbus, grippe, suette, dont la cause atmosphérique est entièrement inconnue et inappréciable, et où la supposition d'émanations miasmatiques ne repose sur aucune donnée rigoureuse, où enfin il est plus sage d'invoquer le *τί θεῖον* du divin Vieillard. Cette odeur miasmatique ne se manifeste point et n'est point nécessaire à l'existence des virus. Ceux de la syphilis, gale, morve, farcin, variole, vaccine, n'ont pas d'odeur désagréable ni particulière.

L'état aérien des miasmes leur permet de s'introduire facilement au sein de nos tissus, soit par les membranes

muqueuses, soit même, mais moins aisément, par la peau. Toutefois ils ne manifestent pas leur présence sur celle-ci par des altérations organiques, mais influencent d'abord et essentiellement l'économie entière. Les virus, au contraire, grâce à leur consistance, s'appliquent et restent à la peau, y déterminent les altérations les plus hâtives et les plus caractéristiques, et s'y multiplient sous la forme de pustules ou de vésicules.

L'injection des virus dans les vaisseaux, leur introduction dans le tube digestif avec des aliments, reste sans effet spécifique ; tandis que leur insertion au sein de la peau, des muqueuses ou du tissu cellulaire sous-cutané, produit constamment, si l'expérience est faite selon les conditions voulues, des altérations correspondantes et une affection spéciale.

En résumé, les virus sont liquides, les miasmes aériformes : les premiers peuvent être aisément transportés d'un lieu dans un autre, selon le désir de l'expérimentateur ; les seconds s'attachent à un foyer, et l'on ne peut les saisir ni les transporter directement. Les miasmes résultent d'émanations de corps organisés, soit sains, soit en décomposition ou en maladie, et entassés dans un lieu trop restreint; les virus sont un produit morbide spécial et que ni l'encombrement ni la putréfaction n'influencent point ou très-rarement. L'air est le véhicule nécessaire de ceux-là ; il est inutile ou contingent pour ceux-ci. Les miasmes répandent une odeur infecte, les virus sont inodores ; l'introduction obligée des miasmes dans l'économie se fait par infection ou injection, mécanisme non nécessaire ou impuissant pour les virus. L'influence de ceux-ci est constante et spécifique dans des limites déterminées ; celle des miasmes est fort variable et incertaine. Enfin, l'inoculation externe pro-

page nécessairement les virus et reste impuissante pour les miasmes.

Toutefois, Messieurs, nous venons d'étudier ces deux espèces de causes et les états morbides d'où elles proviennent et qu'elles engendrent, dans ce qu'ils ont d'apparent, d'extérieur, dans leur mode ordinaire de propagation morbide. A ce point de vue, les remarques précédentes sont exactes. La différence des miasmes et des virus, de la contagion et de l'infection, n'est plus aussi tranchée quand on examine les humeurs de l'économie et les résultats des expériences tentées avec ces liquides provenant d'affections malignes ou putrides. Nous avons basé nos distinctions précédentes principalement sur l'existence ou l'absence à la surface du corps vivant de pustules ou de vésicules contenant un liquide sécrété et virulent. Mais si l'on recherche toutes les affections susceptibles d'être communiquées par un mode plus profond d'inoculation ou même de contagion, on en trouve qui sont dépourvues de virus extérieur, et qui ont cependant vicié les humeurs normales de l'économie, de manière à les rendre virulentes et capables de transmettre le même mal par inoculation profonde et étendue.

Ainsi, l'injection de la bile des pestiférés dans les vaisseaux, ou son insertion dans une large plaie de la cuisse faite à des chiens, leur a communiqué cette affection rapidement mortelle, suivant les expériences du professeur Deidier (1). Récemment, l'on a propagé la même maladie à l'aide de l'infusion du sang ou des charbons de pestiférés (2). De nos jours, un résultat pareil a été obtenu avec les diverses humeurs et les différents tissus des gallinacés morts d'une affection

(1) Expér. bile, etc., 1722.
(2) Bull. Acad. méd., 1851.

analogue aux lésions charbonneuses, quoique dépourvue de tumeurs de cette espèce (1) : à la vérité, le mal n'a pu être transmis à des animaux d'un ordre supérieur. Il s'ensuit que des états morbides dépourvus de virus extérieur peuvent en déterminer au sein de nos humeurs.

Les affections extérieurement virulentes amènent du reste l'altération virulente aussi de nos liquides principaux. La bile et le sang des sujets en proie à la rage jouissent de cette qualité (2) ; le sang des personnes atteintes de syphilis aurait encore cette vertu, d'après les récentes expérimentations de Waller (3) ; il en est de même pour l'affection charbonneuse. Les humeurs de l'organisme vivant peuvent donc être viciées profondément et même être virulentes, ou même à la rigueur contagieuses, sans qu'il se manifeste de lésions communicables à la surface du corps.

Les miasmes et les matières putrides introduits au sein de nos organes altèrent nos liquides et l'économie entière, de manière à déterminer des états morbides ayant entre eux les plus grandes ressemblances (4) : fluidité et teinte noire du sang, développement rapide de lésions gangréneuses, flaccidité des chairs, prostration des forces, émanations méphitiques, et après la mort des sujets, putréfaction prompte des cadavres. Puisque les affections miasmatiques donnent des excrétions et des sécrétions désagréables et capables de répandre la même affection si les malades sont rassemblés dans un lieu relativement étroit, il faut bien que les matières exhalées et vaporisées aient une vertu spéciale. Si la dysenterie,

(1) Bull. Acad. méd., 1851.
(2) Nouv. bibl. méd., 1826.
(3) Nouv. bibl. méd., 1826.
(4) Burdach, T. IV, p. 306.

le typhus, la fièvre typhoïde, etc., sont susceptibles de se propager dans une salle surchargée de malades, on doit bien reconnaître une viciation des humeurs propre à chacune de ces affections morbides.

Mais les affections infectieuses sont dépourvues de virus externe, moyen obligé de la communication ordinaire des maladies contagieuses. Elles pourraient être transmises par l'infusion, l'injection des matières putrides, si ce mode de transmission était nécessaire; et encore faudrait-il que ces liquides morbifiques fussent introduits en quantité beaucoup plus considérable que l'inoculation externe des virus ne le demande. Aussi la contagion ne peut-elle s'opérer par l'application des humeurs viciées à la surface du corps des personnes saines, tandis que ce mode de contagion existe pour plusieurs virus. Poursuivons maintenant l'examen de ces derniers fluides à l'aide de la chimie et du microscope.

Nauche a prétendu que le liquide des exanthèmes aigus était alcalin, et celui des dartres acide. Schœnlein et Heidenreich assurent que les liquides de l'érysipèle et de la scarlatine donnent une réaction alcaline, tandis qu'elle est acide pour la rougeole et la miliaire. Selon Trémolière, le pus *variolique* contient de la fibrine, du mucus, du chlorure de sodium, du sulfate de potasse et du phosphate de chaux; il donne, en outre, du potassium si le varioleux présente des pétéchies. Analysées par Lassaigne, les croûtes varioliques ont fourni 3,700 de résidu insolubles consistant en épiderme et albumine coagulée, 0,150 d'albumine soluble, 0,112 d'une matière analogue à l'osmazome, 0,115 de matière grasse, 0,025 de chlorure de potassium, de chlorure de sodium, de phosphate de soude et de phosphate de chaux.

Le *vaccin* est neutre suivant Sacco, et se trouve composé, d'après M. L'Héritier (1), d'albumine, de matière semblable à l'osmazome, de chlorure de sodium, de chlorure de potassium et de phosphate de chaux; l'alcool, les acides et les alcalis lui feraient perdre sa propriété contagieuse. Les vésicules de la *gale* contiennent une sorte de sérosité semblable au sérum du sang, avec une proportion plus considérable d'albumine.

Nous devons le reconnaître tout d'abord, la chimie organique est encore trop peu avancée pour découvrir la composition rigoureuse de nos liquides normaux ou pathologiques; aussi les analyses données par les plus habiles chimistes à différentes époques ne sont-elles pas les mêmes. Quand on voit, du reste, que nous ne pouvons saisir les modifications variées éprouvées par l'air atmosphérique, alors que notre odorat nous y signale une viciation profonde; que les matières organiques répandues dans ce fluide ne peuvent être encore appréciées; nous devons déplorer l'imperfection actuelle de nos connaissances et de nos moyens d'investigation. Naguère on ne doutait pas de la composition constante de l'air atmosphérique, telle que Lavoisier l'avait énoncée, même en des lieux et en des temps éloignés. Ainsi, au milieu des épidémies de choléra-morbus dont l'Europe a été récemment victime, les chimistes des pays divers s'accordèrent à constater la même proportion d'azote et d'oxygène dans l'atmosphère des localités décimées ou épargnées par le fléau. Peu de temps après, M. Doyère surtout démontra, à l'aide d'instruments plus délicats que l'eudiomètre et les procédés chimiques connus, des modifications assez notables dans la quantité des deux gaz du mélange aérien; il établit qu'il existait souvent

(1) L'Héritier, Chimie pathol., p. 612, 1842.

jusqu'à seize millièmes de différence dans la quantité de ces fluides, et il fit espérer des recherches plus délicates encore.

Comment donc invoquer avec confiance les données actuelles de la chimie touchant les viciations miasmatiques de l'air, ou la composition des virus? Aussi, voyons-nous à peu près les mêmes éléments signalés pour les liquides les plus opposés par leurs propriétés physiologiques ou pathologiques. Le pus ordinaire, celui qui contient le virus variolique, le vaccin, donne à peu près le même résultat à l'analyse chimique. On y annonce du mucus, fibrine, osmazome, albumine, chlorure sodique, sulfate potassique, phosphate calcique, phosphate sodique, et presque tous les sels contenus dans le sérum du sang. L'analyse de la salive fournit encore presque la même composition (Wright) (1), qui du reste varie suivant les expérimentateurs et le moment où le liquide a été recueilli. Certains chimistes invoquent, il est vrai, la pyïne, la ptyaline comme éléments caractéristiques; mais ces derniers sont contestés, et paraissent tenir de légères nuances d'un même principe organique. On le comprend sans peine quand on voit que des principes immédiats qui, jusqu'à ces derniers temps, avaient été considérés comme fort distincts, sont cependant d'une composition identique. « L'albumine et la fibrine, dit Liebig (2), renferment les mêmes éléments organiques, unis entre eux dans les mêmes proportions.... ils sont identiques dans leur composition. » Il paraît qu'il en est ainsi pour la gélatine, le gluten, la fécule et d'autres principes immédiats des êtres organisés.

En présence d'une telle imperfection de la chimie, on

(1) Cours de chimie, Pelouze, Frémy, 1850, T. III, p. 773.
(2) Chimie org., trad. Gerhardt, Montp., 1842, p. 46.

a dû recourir aux investigations des instruments grossissants. Suivant M. Donné, le pus des chancres du gland et de la vulve contient des globules moins nets que ceux des autres pus, et il est le seul dans lequel on trouve des vibrions ou animalcules ayant la forme du *vibrio lineola* décrit par Muller. Cet infusoire existe seulement dans le pus syphilitique du gland et de la vulve, et non en d'autres points lésés. Ainsi, le pus du bubon de l'aine de personnes atteintes de maladies vénériennes n'a pu offrir aux micrographes de vibrions. Le gland possède son vibrion et le vagin sa *tricho-monas*. M. Donné distingue : « l'écoulement vaginal simple ou catarrhal, composé de vésicules plus ou moins agglomérées, sans globules et rougissant le papier de tournesol ; l'écoulement purulent non vénérien, offrant un mélange de vésicules et de globules de pus, mais toujours dépourvu de *tricho-monas* ; l'écoulement purulent vénérien ou blennorrhagie vaginale, se distinguant du précédent par la présence des *tricho-monas* qui s'y trouvent comme surajoutés (1). »

Le vaccin, selon MM. Dubois d'Amiens, Friart, Bousquet, etc., présente une sorte de cristallisation, d'arborisation, dues au chlorhydrate d'ammoniaque qu'il contient comme d'autres liquides. Ces espèces de lacis ne sont pas l'indice d'un bon vaccin, ainsi que le pense M. Dubois. Sacco et Arigoni y voient de petits corps oblongs, subdivisés, très-voisins les uns des autres, et agités d'une sorte de mouvement vermiculaire. Toutefois, ces résultats ont été récemment contestés par MM. Friart, Donné, Bousquet et Pelletier, qui n'ont jamais trouvé dans le virus vaccin pur, ni globules, ni globulins, ni aucune trace d'animalcules (2). Ces der-

(1) Trait. vaccin, trad. 1813, p. 409-417.
(2) Bull. Acad. méd., 21 août 1838.

niers auteurs annoncent des faits pareils pour le *virus variolique*, qui leur a paru en tout exactement semblable au virus vaccin. Gruithuisen dit avoir vu des animalcules se développer dans le mucus, le pus soumis à une température de 98° Far., et signale des infusoires diversement composés et dont la forme diffère plus ou moins de celle des globules aisément constatés dans ces produits. Cette opinion rappelle celle de Mayer, qui voit dans les globules du sang des animaux primaires, ou des *biosphères*, doués d'une vie automatique, de la force motrice, des sens et de la faculté de se métamorphoser (1).

A ce point de vue, on conçoit l'admission d'infusoires dans tous les liquides organiques, et par suite dans les virus. Ainsi reparaît sous une forme plus scientifique le sentiment de bien des médecins qui ont rapporté la plupart des maladies, et surtout celles qui sont infectieuses ou contagieuses, à des animalcules particuliers. L'incubation virulente a été comparée par Paracelse à celle de la semence végétale; et les écrivains des siècles passés se servaient d'expressions basées sur l'admission de germes, de semences se comportant à la manière des œufs et des infusoires (2). Vers le milieu du dix-septième siècle, Auguste Hauptmann publiait, à Dresde, une lettre adressée à S. Fabre, docteur de Montpellier, où il promettait d'expliquer toutes les maladies d'après l'histoire naturelle: ce que F. Paullini essaya en 1685, en invoquant une origine vermineuse pour toutes les maladies; ce qui constituait la base de la *pathologie animée*, dont bien des médecins se sont montrés partisans. En 1699, Plantade publia, sous l'anagramme de *Dalempatius*, un

(1) Burdach, Traité physiol., T. VI, p. 371.
(2) Bordeu, Anal. du sang., vol. II, p. 1011.

curieux mémoire où il s'amuse à rapporter toutes les maladies à des animalcules dont il décrit plaisamment les mœurs, etc. C'était une critique des publications de Leuwenhoëck sur les animalcules spermatiques, et de l'ouvrage d'Andry sur les vers rinaires, dentaires, hépatiques, etc. Peu d'années après, un autre médecin de Montpellier, le professeur Deidier, reprenait cette opinion d'une manière sérieuse touchant la cause de la syphilis (1). « Je crois, disait-il, que le virus vénérien n'est autre chose que de petits vers vivants qui produisent des œufs en s'accouplant, et qui peuvent aisément se multiplier comme font tous les insectes. Ces vers vénériens éclos en engendrent d'autres, et c'est de là que l'on peut conjecturer la propagation du virus vénérien. » Deidier avait été conduit à une telle opinion, parce que le mercure qui tue beaucoup de parasites est le spécifique de la syphilis (2). Ici, l'admission d'animalcules se borne au virus syphilitique; tandis que vers la même époque un anonyme publiait, en Angleterre, un ouvrage où toutes les maladies étaient rapportées à des infusoires (3). En 1757, Linné prêta indirectement son nom à cette manière de voir, en faisant publier, par un de ses élèves, une thèse qui, sous le titre de *Exanthemata viva*, soutient que lès animalcules sont les auteurs des maux infinis dont l'homme est affligé. La pathologie animée était cependant peu connue ou tout-à-fait oubliée, quand un de nos plus illustres savants, F.-V. Raspail, est venu récemment la rappeler dans un ouvrage considérable. Attribuant presque toutes les maladies à des parasites, cet infatigable auteur les reconnaît aussi pour

(1) Dissert. méd. 1710, p. 30.
(2) Expér., bile pestif., p. 48.
(3) Système, cause de toute espèce de maladies, 1726.

cause des affections virulentes. « Toute maladie de la peau, dit-il (1), qui se présente avec le caractère de vésicules imperforées, ou qui se reproduisent bout à bout et de proche en proche, avec les mêmes caractères d'aspect, de forme et de dimension, est l'œuvre d'un sarcopte, dont la nosologie doit se proposer désormais de déterminer les habitudes et la conformation. » Malheureusement l'existence de ces animalcules n'est pas démontrée par l'auteur; ce qui doit laisser d'autant plus de doute dans l'esprit, que M. Raspail est un de nos plus habiles micrographes. Il y a vingt ans environ, M. Bousquet s'est montré partisan de l'assimilation des virus aux semences végétales.

De nos jours encore, un médecin distingué, bornant ses méditations à la constitution des virus et aux maladies contagieuses, a donné à l'origine infusoire de ces dernières tout l'appui d'une dialectique ingénieuse. Dans un récent travail présenté à l'Académie de médecine, M. le docteur Hameau cherche à établir que les poisons, les miasmes et les venins s'affaiblissent pendant leur action sur nous, qui est toujours instantanée, s'ils sont en quantité suffisante. Ces fluides se décomposent en décomposant, et obéissent aux lois des affinités chimiques; car leur action n'est remarquable que lorsqu'ils ont pu vaincre l'influence des forces vitales. Les virus, au contraire, agissent d'après les lois qui leur sont propres, et ont la plus grande similitude avec les animaux parasites qui s'introduisent dans d'autres corps vivants, y incubent, y vivent à leurs dépens, s'y multiplient et très-souvent finissent par les tuer. Ces ressemblances conduisent à admettre dans un virus une vie particulière, et la faculté de se multiplier malgré les forces vitales. « Cette matière

(1) Hist. nat., sant. malad. 1843, T. II, p. 391.

a surtout de l'analogie avec l'acarus de la gale, qui se multiplie par ses générations, dit cet auteur. On pourrait prendre cette affection pour type de toutes les maladies virulentes. Trois caractères indélébiles la caractérisent : la contagion, l'incubation et la régénération (1). »

Toujours guidé par l'observation clinique, la physiologie comparée et l'induction, M. Hameau distingue les virus persistants (syphilis, gale, pellagre, etc.) des virus passagers (variole, scarlatine, rougeole, etc.). Il y aurait antipathie entre plusieurs virus ; certains sont propres à chacun des climats, à diverses espèces d'animaux. Selon notre auteur, toute cause de maladie qui peut voyager est un virus, puisqu'elle ne pourrait parcourir de grandes distances si elle ne se régénérait : de là, nécessité d'admettre des virus visibles et d'autres aériens ou invisibles. Nous ne suivrons pas davantage l'auteur dans des aperçus ingénieux où manque la base, la preuve indispensable, c'est-à-dire la constatation directe des infusoires supposés. Nous n'avons donc pas à nous étonner s'il a confondu les virus avec les miasmes, et les affections infectieuses, le choléra, la fièvre jaune, avec celles où le caractère virulent est démontré. Conduit par une induction exagérée qui lui a fait attribuer à des êtres animés les maladies qui se propagent à grandes distances, M. Hameau a admis cette étiologie, alors que des modifications différentes dans les nombreux éléments de l'atmosphère ou du globe pourraient bien en rendre compte.

Toutefois, frappé de la force des raisonnements invoqués à diverses époques en faveur de la constitution animée des virus, ayant toujours présents à l'esprit le sarcopte de la gale et les spermatozoaires, nous avons tenté d'éclairer nos doutes à l'égard des causes si singu-

(1) Gazette des hôpitaux, 1851, p. 25.

lières des maladies contagieuses sur lesquelles nous avons exercé nos études cliniques et thérapeutiques. Nous avons examiné, soit au microscope d'Obserhauser, soit au microscope solaire, le virus de la variole à toutes les périodes, le virus de la varioloïde, celui des chancres primitifs et consécutifs de l'homme, le virus-vaccin, la matière blennorrhagique à sa période d'acuité; et jamais il ne nous a été permis de découvrir la moindre parcelle, la moindre forme d'animalcules. Quoi qu'en disent MM. Donné et Bousquet, on y distingue des globules de pus, de sang, des granules nombreux, un liquide transparent et jaunâtre, mais aucun être organisé. Au sein du virus variolique il s'est présenté des espèces de faisceaux linéaires repliés sur eux-mêmes et analogues aux spermatozoaires de certains vertébrés inférieurs; mais c'est là un accident, une exception qui ne s'est pas reproduite sous nos yeux.

En présence de ces résultats négatifs et de l'impuissance où les micrographes les plus habiles se sont trouvés pour démontrer les animalcules dont ils désiraient tant, dont ils supposaient même l'existence, nous avons dû nous demander si l'économie vivante ne pouvait pas engendrer et multiplier les virus sans l'intervention de germes animés; et alors se sont offerts à nos méditations le pus, liquide anormal, si souvent, si abondamment développé sur un point peu étendu ou dans la profondeur des tissus : ce liquide pathologique se produit et se multiplie au sein de tous nos organes sous l'influence de la diathèse et de la résorption purulente, ou de l'inflammation des principaux vaisseaux de l'économie; la mélanose se formant en un lieu et se multipliant en cent endroits divers; le squirrhe, l'encéphaloïde, le colloïde, les tubercules se multipliant à l'infini sans que la génération

spontanée, la germination puissent être raisonnablement invoquées. De là, l'esprit observateur est amené à reconnaître la formation, la multiplication par les forces ordinaires de l'organisme, de l'ichor gangréneux, du pus contagieux de l'urétrite, des ophthalmies blennorrhagiques, du pus de la miliaire, de la varioloïde, de la variole, de la vaccine et de toutes les matières virulentes.

L'observation apprend que les virus se développent souvent chez les animaux et même chez l'homme, sans qu'aucune importation d'infusoires ou de germes puisse être démontrée. Ainsi, les animaux surmenés sont souvent affectés de charbon et de pustule maligne; le cowpox se développe chez eux, et la pourriture d'hôpital survient aux plaies des malades trop entassés dans des lieux malpropres.

Le pus engendre le pus, a-t-on dit de tout temps; et cette vérité clinique ne paraît pas avoir besoin de l'intervention de forces étrangères à celles de l'économie vivante. Chaque matière morbide est douée d'une propriété particulière, sans qu'il soit nécessaire de la rapporter à des infusoires. Les corps chimiques possèdent aussi des qualités propres, acides, oxydes, sels, corps simples, etc., dont on ne songe pas à faire honneur à des êtres animés. Les venins et les poisons agissent encore d'après des vertus qui leur appartiennent. L'incubation n'est-elle pas l'apanage de presque toutes les affections morbides, du catarrhe comme de la fièvre jaune, du rhumatisme comme de la syphilis, de la fièvre intermittente comme de la variole, du cancer comme de toutes les fièvres exanthématiques? Qu'il existe une grande similitude entre les virus et les parasites; on en reconnaît aussi entre beaucoup d'affections graves infectieuses, contagieuses ou diathésiques. Aussi, des savants respec-

tables, poussés par les vues du naturaliste et non du clinicien, ont, à diverses époques, prétendu que toutes les maladies dépendaient d'animalcules. Mais à cette théorie la base fait défaut, et l'observation de l'homme sain ou malade nous paraît démontrer comme inutile la supposition d'infusoires.

L'*inoculation* est l'introduction artificielle dans le corps vivant d'une matière morbifique. Par extension, on appelle parfois inoculation l'insertion artificielle de médicaments dans l'épaisseur de la peau. Cette opération se fait ordinairement dans l'épaisseur des téguments ou des muqueuses à portée de nos instruments. On a cependant bien des fois tenté d'inoculer des maladies épidémiques ou contagieuses à l'aide de l'injection de liquides pathologiques au sein des vaisseaux et surtout des veines. Le professeur Deidier pratiqua diverses expérimentations de cette espèce sur des animaux avec de la bile extraite des cadavres des pestiférés. Mais ce n'est pas seulement ainsi que les affections virulentes peuvent se transmettre ; l'inoculation doit se faire aux téguments internes ou externes, enfin dans l'épaisseur des tissus vivants.

L'inoculation permet d'arriver à des résultats différents, suivant l'intention et le but de l'expérimentateur. Comme rien n'est plus singulier, n'est plus probant que la transmission de certaines maladies à la faveur d'un produit de sécrétion morbide, on comprend sans peine son utilité pour démontrer la fausseté de bien des systèmes qui, à toutes les époques, agitent la science de l'homme.

Une tendance commune des novateurs, c'est la simplification de la médecine et sa réduction à l'unité de causes, de maladies et de remèdes. Depuis Asclépiade et Thémison jusqu'à Brown et Broussais, la plupart des chefs de sectes ont voulu qu'il n'y eût qu'une seule

nature de maladies. Rejetant les prétendues subtilités, les vieilleries de l'Ecole, brûlant comme Paracelse les ouvrages des Grecs et des Romains, ces intrépides inventeurs ont dû nier les virus et la contagion, qui sapait trop évidemment leurs principes et leur simplification étiologique. Leurs dénégations étaient professées avec tant d'assurance, que de malheureux élèves ont payé bien chèrement leur enthousiasme à ce sujet. « Le médecin physiologique, disait Broussais (1), doit se borner dans la syphilis à étudier les formes et les degrés de l'*irritation* dans les différentes parties du corps, et à noter les modifications qu'elle peut leur opposer. » Enthousiastes de tels paradoxes, trois jeunes gens eurent à déplorer leurs essais d'inoculation du virus syphilitique sur eux-mêmes, puisque l'un d'entre eux, en proie à de poignantes déceptions, fut trouvé mort dans son lit, où il s'était ouvert la veine crurale (2): récit malheureusement trop véridique, malgré les protestations de M. Richond (3).

L'inoculation sert donc à démontrer que toutes les maladies ne dépendent pas d'une seule cause, d'un seul mode pathogénétique ; qu'elles ne sont pas toutes de même nature. Elle prouve l'existence de sources morbifiques variées, et surtout d'un genre de causes spécifiques bien propre à établir la fausseté de tous les systèmes médicaux. Le *laxum* et le *strictum* des anciens méthodistes, le mécanisme, le chimisme, le solidisme, l'erreur de lieu de Boërhaave, l'incitabilité de Brown, le stimulus et le contro-stimulus de Rasori, l'irritation de Broussais, l'homœopathie de Hahnemann, etc., ne pouvant

(1) Desruelles, Trait. mal. véner. Paris, 1836.
(2) Legrand, De l'or. 2e éd., 1842., p. 13.
(3) Ricord, Trait. mal. vénér., 1838, p. 34.

s'accommoder des virus et de la contagion, ne trouvent de ressource désespérée que dans les dénégations tortueuses des Asclépiade, des Paracelse, des Chirac, des Broussais, Richond, Desruelles, Devergie, Jourdan, etc. Quoi de moins concevable, en effet, selon ces systèmes, que ces maladies produites par une cause si spéciale, qui, se propageant à plusieurs individus mis en contact, vicient l'économie, se régénèrent, se multiplient, déterminent une modification interne susceptible de se manifester long-temps après, qui demandent enfin des remèdes peu communs!

Un autre avantage de l'inoculation, c'est d'établir une distinction judicieuse entre la contagion et l'infection, entre les maladies contagieuses et les infectieuses. Que de discussions ont eu lieu et sont renouvelées tous les jours à ce sujet, parce que l'on confond, soit par la pensée, soit par l'expression, ces deux modes de transmission des maladies! Des individus atteints d'une lésion sont réunis en nombre dans le même lieu, et communiquent leur mal à d'autres personnes couchées tout près : l'on en conclut que la dysenterie, la fièvre typhoïde, etc., sont contagieuses. La fièvre jaune, le choléra-morbus, la suette, etc., envahissent un pays à la suite de l'arrivée de quelques personnes attaquées de ces affections, et cette conjecture plus ou moins vague suffit pour faire déclarer ces dernières contagieuses, et pour faire établir des quarantaines, des lazarets, des cordons sanitaires et d'autres dispositions fâcheuses aux individus, aux localités, aux nations. On traite les personnes ainsi lésées et celles qui sont supposées en porter le germe comme des réprouvés, dont les effets, l'haleine même, doivent être soumis à l'action du feu ou des acides. L'inoculation vient démontrer que la propriété contagieuse, commune ou externe,

est le partage des maladies virulentes ; que les matières des excrétions diverses des personnes dépourvues de virus ne sauraient être contagieuses. Cette épreuve expérimentale apprend que toute affection non virulente se propage par infection, si l'on se trouve dans un foyer terrestre ou aérien que les lazarets et les cordons sanitaires ne sauraient atteindre ni détruire, quand on rassemble un certain nombre de personnes atteintes de la même maladie, ce que les règles de l'hygiène la plus vulgaire suffisent pour éviter ou dissiper. Les vêtements et les effets divers des personnes qui ont vécu au sein d'un de ces foyers épidémiques peuvent à la rigueur renouveler la même affection, mais à la condition et de leur grande quantité et de leur entassement.

C'est aussi à l'aide de l'inoculation que l'on a éclairé ce grave sujet, et dissipé les fâcheux préjugés qui condamnaient les malheureux affectés de phthisie, de cancer, de scrofules, de polypes, de teignes, de dartres, de fièvre maligne, etc., à toutes les conséquences d'une répulsion instinctive, plus forte que les liens de la famille ou de la plus étroite amitié. En 1771, le comité de Moscou recouvrit sept criminels des habits de personnes mortes de la *peste;* les vêtements étaient souillés du pus des pestiférés : la peste ne leur survint pas (1). Assalini ne craignit pas de coucher lui-même dans le lit des pestiférés (2). On assure que Desgenettes s'inocula le pus des pestiférés en présence de l'armée d'Egypte. On connaît les épreuves nombreuses et variées auxquelles Chervin se soumit pour démontrer la non-contagion de cette affection morbide. Si Deidier détermina celle-ci chez des animaux à qui il injecta la bile des cadavres des pesti-

(1) Cullen, Elém. méd., trad. Bosquillon, T. I, p. 429.
(2) Observ. peste, dysent., p. 4.

férés, il produisit là une véritable et considérable infection; mais il ne démontra pas que la peste fût contagieuse, c'est-à-dire communicable par le contact d'une personne malade avec une autre saine. D'ailleurs, portés directement dans le tube digestif au moyen des boissons et des aliments, les virus ne produisent pas d'effet spécifique. Le docteur Cowel donna à un petit Nègre du pus variolique dans une médecine sans produire la petite-vérole (1). Les sucs digestifs paraissent propres à neutraliser ou à altérer les virus. On a publié, il est vrai, deux cas dans lesquels l'estomac était le siége de pustule maligne, chez des sujets morts de cette dernière maladie située à la peau, mais qui n'avaient pas avalé de viande contaminée (2).

Le *cancer* était considéré comme contagieux ; l'inoculation de l'ichor de cette lésion ulcérée est venue prouver le contraire. Peyrilhe pratiqua cet essai sur un chien, et Gooch, Tulp, Alibert, Biett, Lenoble et Fages se sont pratiqué sur eux-mêmes cette expérience sans contracter de maladie (3). Tous les jours des hommes ont des rapports avec des femmes affectées d'altération squirrheuse de la matrice sans contracter aucune lésion de cette espèce. Que l'on cherche à inoculer les matières sécrétées par les personnes atteintes de dysenterie, diarrhée, fièvre typhoïde, typhus, peste, fièvre jaune, choléra-morbus, suette, etc., et l'on ne parviendra pas à reproduire un virus, une matière susceptible de propager le même mal. Ainsi, nous avons inoculé toute espèce de pus non virulent, et nous n'avons jamais obtenu d'effet spécial. Le pus scrofuleux n'a pu donner

(1) *Ibid.*, p. 385.
(2) Bullet. sociét. anat., 1829.
(3) Rouzet, Cancer. Montpellier, p. 300-303, etc.

lieu à une maladie de cette nature entre les mains de M. Ricord (1) ni de plusieurs autres expérimentateurs.

La eause virulente et sa propriété contagieuse ont été au contraire mises en évidence par l'inoculation, quant à toutes les maladies jouissant réellement de ee caractère. La *pourriture d'hôpital* a été démontrée contagieuse et virulente grâce aux eourageuses expérimentations pratiquées sur lui-même par le docteur F. Ollivier (2). La *morve* a été rigoureusement rapportée à un virus éminemment transmissible à la suite d'inoculations, soit accidentelles, soit artificielles (3). La *syphilis* a été maintes fois transmise à la faveur du même mécanisme. Home et Pott assurent avoir propagé de la même manière la *rougeole;* la *variole* et la *vaccine* l'ont été fort souvent. Le *charbon malin* a été transmis de certains animaux à d'autres (4). La *gale* l'a été de nos jours au moyen même du sarcopte propre à cette maladie (5). Les vétérinaires les plus instruits, selon M. Rochoux (6), assurent que la bave des herbivores atteints de la rage ne possède aucune propriété délétère; mais Breschet a positivement prouvé le contraire, en inoculant, comme divers expérimentateurs l'ont fait depuis, la rage avec la bave de chevaux, d'ânes, de bœufs enragés : démontrant en même temps par ees faits que la virulence du liquide contagieux ne se perd pas à la seconde reproduction du mal, ainsi que Capello le prétend (7).

Cette dernière réflexion nous rappelle combien il faut

(1) Trait. mal. vénér., p. 455.
(2) Trait. typh. traum., p. 197.
(3) Miquel, Mém. soc. vétér. Hérault, I, 27.
(4) Leuret, Nouv. Biblioth. méd. 1827, II, 172; IV, 312.
(5) Aubé, Thèses Paris, mars 1816.
(6) Dict. de méd. en 30 vol., XXVII, 484.
(7) Arch. méd., juillet 1834, p. 431.

étudier cette opération expérimentale, non-seulement pour chaque espèce d'affection, mais encore aux principales périodes de celles-ci. Ainsi que nous aurons lieu de l'exposer longuement par la suite, les virus ne sont pas transmissibles avec la même facilité au moyen de l'inoculation comme à la faveur de tout autre mode accidentel ou artificiel. Il suffit d'appliquer le virus de la pustule maligne, de la gale, sur la peau pourvue de son épiderme, pour inoculer la maladie; tandis que le virus syphilitique, celui de la blennorrhagie, veut être en contact avec les muqueuses ou la peau très-fine, et que ceux de la rage, de la pourriture d'hôpital, de la vaccine, ne produisent aucun résultat pathologique s'ils ne sont introduits dans l'épaisseur des tissus vivants. La plupart de ces matières contagieuses doivent être inoculées peu de temps après leur développement sur les êtres organisés; certains, cependant, celui de la pustule maligne par exemple, conservent leurs propriétés pendant plusieurs mois et davantage. Celui-ci est encore transmissible à presque toutes les périodes de la maladie, tandis que plusieurs autres le sont seulement pendant les premiers temps. Certains virus sont susceptibles d'être transportés par les instruments, les ustensiles, le linge, celui de la syphilis, de la pustule maligne, etc.; d'autres peuvent aussi se transmettre au moyen de l'air atmosphérique, ceux des hôpitaux, de la variole, etc.

L'inoculation éclaire donc l'*étiologie* d'un groupe fort remarquable d'affections pathologiques; elle montre qu'un peu de matière puriforme, douée de la propriété virulente, devient la source d'une grande quantité de produits semblables, capables comme elle de transmettre et de propager les mêmes maladies. De cette manière on prouve

que les circonstances communes à beaucoup de lésions morbides ne sont pas propres à déterminer les affections contagieuses, et que celles-ci demandent une cause spéciale, qu'elles ont un caractère spécifique, et doivent, par conséquent, exiger des remèdes particuliers et non communs au plus grand nombre des maladies.

Ces remarques générales font aisément comprendre que les mêmes expériences sont susceptibles de jeter des lumières précieuses sur le *diagnostic*. Déjà nous en avons signalé une partie importante : la nature des maladies démontrée par l'inoculation. Cette recherche peut prouver, en effet, si un ulcère, un abcès, etc., dépend de la syphilis, de la morve, de la pourriture d'hôpital, etc. Elle sert à distinguer, ainsi que nous l'établirons plus loin, si toutes les maladies des organes sexuels sont ou non de nature vérolique. En certains cas de médecine légale, elle peut éclairer le praticien expert sur la nature des lésions des parties génitales, et même de leur ancienneté probable.

La *prophylaxie* tire les plus grands secours en bien des cas de l'inoculation de certains virus. Une idée générale a souvent dirigé les médecins dans cette voie : c'est la croyance qu'une maladie inoculée se développait et se terminait d'une manière moins grave que si elle survenait tout autrement. Ainsi, la variole était moins meurtrière quand elle était produite par l'introduction artificielle de son virus. Les différentes nations ont longtemps pratiqué cette inoculation par divers procédés. Les Chinois y arrivent en plaçant dans les narines de la charpie imbibée du pus des pustules varioliques ; les Bramines, dans l'Inde, suivent le même procédé. Home conseille d'inoculer la rougeole afin de la rendre bénigne ; on a fait la même proposition quant à la scarlatine;

Samoeilowitz prôna cette pratique touchant la peste (1). En bien des circonstances on a eu recours à l'inoculation du virus de certaines maladies, afin de prévenir le développement ou pour amoindrir les dangers d'une autre affection plus grave. On sait les avantages du vaccin à cet égard, et combien cette pratique journalière est répandue. M. Voisin a essayé de la même manière le *claveau* ou virus de la clavelée, transporté des moutons à plusieurs enfants, pour les préserver de la variole (2).

Le *traitement de certaines lésions graves* et opiniâtres a été fréquemment tenté ou complété à l'aide de l'introduction de différents virus. F. Ollivier examine si la *pourriture d'hôpital* peut devenir un moyen thérapeutique (3) : il cite l'essai de Dussossoy qui inocula le virus de cette maladie à un cancer du sein, et, à deux reprises, détruisit ainsi le mal et guérit la patiente. Le même auteur rapporte que Leclerc inocula par mégarde ce virus à un ulcère vénérien opiniâtre, qui dès-lors marcha rapidement à la cicatrisation ; ce médecin eut recours avec intention à une inoculation semblable pour un ulcère chronique, et réussit encore. D'après M. Dupuy, on pratiqua la même inoculation pour mettre à nu une balle, résultat qui fut obtenu ; mais la destruction fut trop étendue, et le malade succomba. On comprend aisément qu'un pareil remède est plus dangereux que le mal, car on ne possède pas de moyens efficaces contre le virus nosocomial.

Le docteur Molas a guéri une fièvre intermittente rebelle en inoculant la vaccine au moyen de douze piqûres qui ont déterminé une fièvre intense et cri-

(1) Mém. inoc. peste, etc. 1782.
(2) Anglada, Mém. contag., Montpel. 1846, p. 134.
(3) Ouvr. cité, p. 179, 213, 215.

tique (1). Delpech tenta le même moyen sur des tumeurs vasculaires, contre lesquelles il avait essayé, chez d'autres personnes, d'introduire de l'acide nitrique. M. Rigal assure avoir inoculé avec succès à une tumeur cancéreuse l'ichor gangréneux (2); ce qui a droit de nous surprendre, car la gangrène ne nous a jamais paru contagieuse, ni son pus inoculable. Le virus blennorrhagique a été bien des fois mis en usage dans le traitement de maladies très-dangereuses ou opiniâtres. Pour rappeler l'urétrite chez un individu en proie à l'ophthalmie blennorrhagique, on a souvent essayé de rappeler la lésion de l'urètre à la faveur de l'introduction d'une nouvelle quantité de matière virulente. A. Cooper le fit pratiquer à l'Hôtel-Dieu de Paris sur un malade de Dupuytren (3). A l'exemple de Jœger et Péringer, M. Stout a fait avec la matière blennorrhagique quelques essais qui ont été suivis de succès contre le pannus (4). Un cas de cette même maladie fut avantageusement traité par le docteur Duggens au moyen du fluide d'une ophthalmie purulente (5). De tels remèdes ne nous paraissent point plausibles, en ce qu'ils sont plus dangereux que le mal lui-même, et que l'on ne possède aucune ressource certaine pour en arrêter les effets.

J. Hunter a pratiqué l'inoculation du virus syphilitique à des ulcères rebelles. « J'ai souvent réitéré cette expérience, dit-il (6), et je n'ai jamais pu produire l'inflammation vénérienne qu'une seule fois. » Nous verrons

(1) Journ. compl. sc. méd., T. VI, p. 820, 1771.
(2) Rousset, Cancer, p. 348; Montpellier.
(3) Rognetta, Cours ophthalm., p. 113, 1re édit.
(4) Annal. ocul., T. XIII, p. 37.
(5) Annal. ocul., T. XIII, p. 232.
(6) Trait. mal. vénér., trad. 1787, p. 22.

pourquoi ces tentatives n'ont pas réussi. On a essayé encore de redonner la gale à des personnes atteintes de graves désordres intérieurs qui étaient rapportés à la disparition d'une ancienne maladie psorique (1). « Des observateurs dignes de foi, dit le docteur Gibert (2), ont cité des exemples qui prouvent qu'on peut tirer des avantages réels d'une nouvelle inoculation de la gale, chez des individus qui en ont été antérieurement atteints et qui sont tombés dans un état cachectique, suite de quelque lésion viscérale chronique. » Percy, Lagneau, Ricord, etc., ont donné un pareil conseil contre la syphilis invétérée.

Nous venons de signaler des exemples nombreux touchant l'inoculation de la plupart des virus pratiquée dans l'intention d'éclairer l'étiologie, le diagnostic des maladies, ou dans un but thérapeutique. Souvent inefficaces et rarement dangereuses, ces tentatives ont eu des résultats assez fréquemment avantageux. Cependant certains médecins se sont élevés contre elles. « Dans quelques cas, dit le professeur Chomel (1), où l'on avait des doutes sur la nature de certaines éruptions *varioliformes*, on a proposé et l'on a tenté même d'inoculer le pus recueilli dans les pustules à des personnes qui n'avaient pas eu la variole et qui n'avaient pas été vaccinées. Un médecin sage et consciencieux ne se permettra jamais ce genre d'expérimentation, parce qu'elle n'est pas faite dans l'intérêt de celui qu'on y soumet, et que l'homme ne peut et ne doit être pour le médecin *matière à expérimentation*, lors même que l'intérêt de la science et de l'humanité en seraient le but, et que l'un et l'autre pourraient en espérer de grands avantages. »

(1) Legouas, Principes de chir., p. 600, 6e édit.
(2) Trait. mal. peau, p. 135, 2e édit.

S'il s'agit d'une question de pure curiosité, nous partageons le sentiment du professeur Chomel et de M. H. de Castelnaud (1), surtout quand le virus introduit est fort dangereux. Il ne doit pas, en effet, être permis de faire sur l'homme des expériences dans le but de résoudre des questions non directement utiles à l'individu ou à l'espèce. Mais nous ne saurions pousser ce précepte jusqu'à rejeter les essais de ce genre, si l'intérêt de l'art et de l'humanité doit être satisfait. Lorsque, sur les indications de Rabaut-Pommier, Venel et Chrestien à Montpellier (2), et Jenner en Angleterre, tentaient d'inoculer la picote des vaches ou *cowpox* à des enfants, de pareils essais, dirigés par l'induction, sont pleinement justifiés par leur but et leurs résultats utiles. L'inoculation de la variole, afin de la rendre moins meurtrière, est encore justement considérée comme plausible. A Londres, selon Grandoger (3), en 1722, on inocula le virus variolique à six criminels condamnés à mort, dont cinq prirent la maladie et guérirent. Malgré les avantages que ces tentatives heureuses procurèrent à l'humanité, on entendait des énergumènes proclamer l'inoculation une invention diabolique. « La chose est si véritable, s'écriait un nommé Massey, que le diable a autrefois greffé sur le saint homme Job la petite-vérole confluente ! »

Vood, Salmade, Bousquet, etc., ont inoculé à des enfants un mélange de virus vaccin et variolique, afin de déterminer l'influence prophylactique de cette association (4). Guillou s'est servi dans le même but du virus de la varioloïde (5). L'inoculation des virus blennorrha-

(1) Gaz. des hôpit. Paris, avril 1851.
(2) Pigeaire. Thès. Montp., 1826, p. 35.
(3) Trait. inocul., 1786, p. 18, 22.
(4) Diction. en 30 vol., T. XXX, p. 35.
(5) Bousquet, Trait. vaccin., 1833, p. 328-330.

gique ou syphilitique pour découvrir la nature des lésions sexuelles d'un individu, ne trouve plus guère de contradicteur. On a blâmé J. Hunter d'introduire le même liquide virulent en des ulcères rebelles ; Delpech, d'inoculer la vaccine à des tumeurs vasculaires; Rigal, de porter l'ichor gangréneux dans un sein cancéreux ; Percy, Lagneau, Ricord, etc., de redonner ainsi la vérole à des personnes affectées d'une syphilis invétérée et opiniâtre ; d'autres praticiens, de reproduire la gale en des conditions analogues ; A. Cooper, Dupuytren, etc., de porter du virus blennorrhagique dans l'urètre chez des sujets en proie à une ophthalmie blennorrhagique. Cependant plusieurs médecins ont songé à modifier l'économie entachée d'une affection rebelle à la faveur de la syphilis communiquée artificiellement et à volonté. « J'ai souvent montré à ma clinique, dit M. Ricord (1), des maladies cutanées anciennes, graves et jusque-là incurables, qui avaient eu dans ces circonstances ces heureux résultats. » Le docteur Martin, de Vienne, avait commencé dans ce sens des essais que la mort est venue interrompre ; et M. Rivière, de Marseille, vient de proposer de rechercher expérimentalement si les pustules produites par le sulfate de quinine ne s'inoculeraient pas, et si cette inoculation ne préserverait pas des fièvres intermittentes (2). On a fait de nos jours des tentatives pareilles touchant la suette miliaire, que MM. Parot, Galy et d'autres médecins ont essayé de s'inoculer à eux-mêmes (3).

Qu'est-ce, d'ailleurs, qu'un virus employé dans l'intention d'éclairer ou de servir directement le traitement,

(1) Trait. mal. vénér., p. 190.
(2) Gaz. des hôp., 1851, p. 295.
(3) Mém. épid. suette, 1842, p. 18.

sinon un véritable remède pas plus dangereux que la strychnine, l'acide prussique, la vératrine, la morphine, le croton-tiglium, le tartre stibié, le bi-chlorure de mercure et un grand nombre de médicaments essayés ou employés tous les jours? Qu'est-ce, d'ailleurs, que l'art de guérir, sinon l'*expérience raisonnée?* Ce fut une idée hardie, mais rationnelle, qui dicta à Storck l'emploi de la ciguë contre le cancer; à Fouquet, l'administration de plusieurs poisons végétaux contre certaines affections rebelles; à Rasori, l'usage de l'opium, du tartre stibié et d'autres substances toxiques à très-hautes doses; à M. Boudin et à notre collègue M. Fuster, l'administration de l'arsenic pour dissiper des fièvres intermittentes opiniâtres (1), etc. Evidemment ces praticiens judicieux ont voulu introduire, à l'aide de ces poisons maniés habilement, une modification assez profonde dans l'organisme vivant pour y détruire un vice morbide. Les essais du médecin sont plausibles si les moyens mis en usage ont, soit par eux-mêmes, soit par la manière dont ils le sont, moins de gravité que l'état pathologique auquel ils sont adressés. Distinguons, d'ailleurs, avec soin les virus qui produisent une affection capable de mettre en péril les jours du sujet, de ceux où ce danger n'existe point par l'espèce du virus lui-même ou par suite des ressources efficaces de la thérapeutique. Ainsi, nous ne sommes point partisan des expérimentations faites avec le virus de la pustule maligne, de la morve, de la pourriture d'hôpital, parce que ces dernières maladies sont souvent mortelles, et que la médecine ne possède pas de moyens capables d'arrêter ni de détruire sûrement les effets de ces inoculations.

(1) Rev. thér. du Midi. Montpellier, 1850, p. 329.

Il n'en est pas ainsi pour les virus blennorrhagique, vaccin, syphilitique, psorique, etc., qui ne déterminent pas de maladies mortelles ni des effets dont l'art ne puisse arrêter ou détruire les progrès. Quand Dussaussoy, Leclerc, etc., ont inoculé le virus nosocomial, ils ont introduit une lésion plus grave que celle à détruire, capable de tuer le sujet, et contre laquelle la thérapeutique ne saurait vanter une ressource héroïque. Lorsque, au contraire, J. Hunter inocula à des ulcères rebelles le virus syphilitique, il agit rationnellement, car le mal communiqué n'était pas mortel, et l'on pouvait en arrêter ou dissiper les effets à l'aide de médicaments spécifiques. Pénétré de la justesse de ces idées, encouragé par l'exemple de grands maîtres, persuadé enfin de l'utilité que l'on peut retirer de l'inoculation de certains virus, nous nous sommes livré depuis près de quinze ans (1) à ce genre de recherches. Les maladies vénériennes nous ont d'abord occupé, et nous ont conduit à pratiquer un grand nombre d'essais d'inoculation, soit avec le pus de ces diverses lésions, soit avec d'autres produits pathologiques. Par des essais comparés aux différents vertébrés, nous avons tenté de juger certaines questions controversées. Mais, depuis nos premières recherches, de nouveaux problèmes ont surgi dans le monde médical : nous avons dû les soumettre à un examen direct. Du reste, parvenu, après de longues et laborieuses luttes académiques, à l'un des premiers postes universitaires de France, nous avons été amené à faire de ces matières l'objet de notre enseignement clinique. Ainsi, nous reproduirons nos travaux antérieurs, mais revus, sanctionnés, étendus.

Dès-lors aussi, une autre pensée s'est emparée de

(1) Gaz. méd. Paris, 1837, T. V, Nos 40, 41.

notre esprit, pensée émise déjà par M. Bouchardat (1), et que nous avions d'abord regardée comme blâmable (2). Quand on inocule le vaccin à un individu, l'on fait éprouver à l'économie une modification générale qui annihile celle de la variole dont le sujet porte le germe ou qu'il est apte à recevoir. Ainsi, le docteur Molas substitua avec succès la vaccine à une fièvre intermittente opiniâtre ; de même on substitue la syphilis ou la gale récentes à ces mêmes affections invétérées ou rebelles chez la même personne. Le professeur C.-L. Dumas parvint à déterminer la périodicité chez une fille atteinte d'une épilepsie opiniâtre, qu'il fit ensuite disparaître au moyen du quinquina (3). La substitution de la forme aiguë à la forme chronique pour dissiper des lésions locales ou générales, est employée tous les jours à l'aide de remèdes variés. « Dieu! si je pouvais lui donner la fièvre! » disait Fernel au lit d'un monarque. On sait, en effet, qu'en certains cas, les anciens et C.-L. Dumas, Pujol (4), Fages, etc., ont considéré le travail fébrile comme propre à dissiper certains engorgements ou certaines affections morbides. « Si l'on se pénètre bien, dit le docteur Hameau (5), de ce qu'est l'antipathie des virus entre eux et de ce qu'ils manifestent à l'égard de certaines substances, on ne doit pas désespérer de parvenir un jour à pouvoir opposer les plus bénins aux plus dangereux. »

Pourquoi donc ne tenterait-on pas de remplacer par les effets de l'un de ces virus des maladies et des affections rebelles à tous nos remèdes et presque toujours mor-

(1) Annuaire de thérap., 1850, p. 270.
(2) Chirurgie conserv. Montpellier, 1851, p. 164.
(3) Mal. chron., T. Ier, 222, 2e édit. Montpellier.
(4) OEuvres, T. II, p. 11.
(5) Gaz. des hôp., 1851, p. 46.

telles? Pourquoi ne pas substituer la syphilis à l'affection cancéreuse, le virus syphilitique au squirrhe ou l'encéphaloïde? Telle est la pensée qui occupa long-temps notre esprit, avant qu'il nous fût possible de la mettre à l'épreuve clinique. Que faisons-nous, me suis-je demandé, pour guérir les personnes en proie à des altérations cancéreuses? Les médicaments sont impuissants; le feu et le fer non moins inutiles, dans l'immense majorité des cas, car une récidive mortelle emporte bientôt la plupart des malades; et si les désordres organiques sont tellement étendus que toute opération soit impossible, on abandonne les malheureux à leur triste fin! Serait-il donc plus cruel de tenter de les guérir, en substituant à une affection qui les consume une autre affection morbide non mortelle et qui est guérissable; à des ulcères qui les dévorent sans espoir, un ulcère dont on peut arrêter les progrès et obtenir la cicatrisation d'une manière certaine? Nous n'avons pas balancé : la syphilis nous a paru bien moins dangereuse que l'affection cancéreuse, et les chancres moins graves que l'ulcère squirrheux. Après le virus syphilitique, nous aurons recours à ceux de la vaccine, de la variole, etc.

Pendant le premier Cours de nos Etudes cliniques, je me suis efforcé de vous montrer l'application d'une idée grande et féconde, fille des principes de notre Ecole : la chirurgie conservatrice. Durant le Cours actuel, une nouvelle idée va s'ajouter à la précédente et diriger nos travaux : combattre plusieurs maladies graves et incurables à l'aide de certains virus.

ARTICLE XI.

INOCULATION DES MALADIES VÉNÉRIENNES.

Les essais dont nous allons parler ont été tentés à différentes époques avec des résultats divers. En 1786, J. Hunter publiait son Traité des maladies vénériennes, où il donnait connaissance de ses expériences d'inoculation, dont les résultats étaient infirmés par les expériences de Bru (1). Caron assurait aussi que l'inoculation de la matière vénérienne reste sans effet (2). Turnbull, comme Hunter, constatait aussi un résultat négatif chez les quadrupèdes. Evans est conduit au même dire par les essais faits sur lui-même avec la matière blennorrhagique (3). Bell rapporte des expériences qui tendent à conclure que ce dernier virus est différent de celui de la vérole, opinion défendue plus tard par Hernandez à la faveur de nouvelles recherches expérimentales (4). Jourdan s'efforce de montrer les contradictions qui existent entre les expérimentateurs, afin d'y trouver des motifs pour nier l'existence du virus syphilitique (5) : opinion défendue par Dubled, Devergie, Richond des Brus et la plupart des élèves de Broussais. Depuis ce moment, l'inoculation fut tentée par MM. Cullérier, Ratier, Gibert et surtout par M. Ricord, qui en fit l'objet d'études spéciales et bien propres à dissiper l'incertitude de la science à cet égard. Tandis que ce sujet occupait les cliniques et les

(1) Nouv. méth. trait. vénér., T. Ier, p. 45, 1789.
(2) Nouv. doct. mal. vénér., 1811.
(3) *On ulcer. of the genit. org.*, p. 81, 1819.
(4) Essai analyt. non ident. virus gon., etc., 1812.
(5) Trait. compl. mal. vénér., 1826.

académies, nous désirâmes prendre part à ce mouvement scientifique (1). Depuis lors, M. Diday a proposé d'inoculer la syphilis, afin de mettre l'homme à l'abri des symptômes constitutionnels et d'une seconde infection. M. Ausias Turenne a prétendu avoir transmis la vérole à des singes, etc. D'autres questions ont encore été soulevées touchant l'inoculation : nous avons à les juger expérimentalement. A l'aide de faits nombreux, d'expériences multipliées et pratiquées dans un grand hôpital d'enseignement clinique, nous établirons les avantages que l'inoculation peut procurer.

On ne refuse pas à la variole, à la rage, à la peste, etc., une nature différente de celle du plus grand nombre des maladies ; on reconnaît qu'elles sont en dehors du cadre ordinaire de la pathogénie, et que leur propriété contagieuse est inoculable. Pourquoi ne pas poursuivre le même genre de démonstration pour les maladies vénériennes, et chercher dans l'inoculation la preuve de la nature spécifique de la syphilis? Si l'inoculation de la matière syphilitique donne des effets analogues à ceux obtenus par l'inoculation de la variole, de la vaccine, il ne répugnera à personne de reconnaître, ce nous semble, à ces maladies une cause semblable, et le virus étant généralement admis pour les unes, il devra l'être aussi pour les autres. Telle est la marche que nous allons suivre dans l'exposition des résultats dus à l'inoculation des maladies vénériennes. Il s'agit, pour nous, d'établir par cette méthode d'observer : 1° s'il existe un virus syphilitique ; 2° s'il détermine toutes les maladies contractées pendant le coït ; 3° en supposant plusieurs de ces dernières non virulentes, s'il est possible de les distinguer les unes des autres.

(1) Bull. méd. Bordeaux, 1836; et Gaz. méd. Paris, 1837.

§ Ier. — *L'inoculation expérimentale sert à démontrer l'existence du virus syphilitique.*

La vaccine, la variole, la peste, la pourriture d'hôpital ont été considérées comme éminemment contagieuses, en ce que leurs divers produits morbides s'attachent aux vêtements, contaminent la peau, infectent tout l'individu, et reproduisent chez un autre les mêmes désordres. Quel nom pouvait-on donner à ces agents morbifiques dont les effets sont si uniformes et en même temps si différents de ceux dont les autres maladies nous donnent tous les jours des exemples? On les a désignés d'un nom spécial; on les a appelés principes morbifiques, éléments virulents, virus. La cause de la syphilis détermine des lésions semblables qui se reproduisent par l'inoculation: elle mérite donc le nom de virus. Appuyons cette vérité de l'autorité des faits.

Obs. 1re. — Chancres et bubon depuis huit jours, inoculation; chancre un mois après, deuxième inoculation sans effet.

Doil...., âgé de 26 ans, d'un tempérament sanguin, soldat au 61e de ligne, avait connu une femme depuis trois semaines quand il fut atteint de deux chancres sur les côtés du frein de la verge. En même temps il se forma à l'aine gauche un engorgement ganglionnaire fort douloureux, dont le développement suivit à peu près celui des chancres. Cet état durait depuis huit jours quand nous examinâmes les parties malades. Le fond lardacé et luisant des ulcères reposant sur une base endurcie, l'auréole rosée et terne dont ils sont environnés, la sérosité jaunâtre et caustique qu'ils fournissent, tous ces caractères, joints à la copulation suspecte à laquelle ce militaire rapporte l'origine de sa maladie, nous donnent

la certitude de leur nature virulente ; mais il s'agit de sanctionner notre manière de voir purement rationnelle par l'inoculation. Aussitôt, prenant sur la pointe d'une lancette la matière puriforme fournie par les chancres, nous la poussons dans la peau de la cuisse au moyen de deux piqûres qui paraissent fermées vers le soir, mais dont nous apercevons avec la loupe les ouvertures ornées d'une auréole légèrement rougeâtre, qui nous fait annoncer aux élèves de service le développement prochain des chancres. En effet, le lendemain, les piqûres sont rouges, animées, douloureuses, et offrent le jour suivant deux vésicules blanchâtres ornées d'une auréole ronde. Nous perçons l'une d'elles, et nous cautérisons vivement son bord avec le nitrate d'argent afin d'arrêter son extension. Pendant ce temps, les ulcères de la verge font des progrès et détruisent le frein ; leur sécrétion abondante nous faisant craindre la contamination des parties voisines, nous recommandons au malade de les absterger souvent. Cependant le lendemain, soit défaut de soin de la part de ce dernier, soit trop d'abondance du fluide morbifique, il se montre un autre petit chancre sur le pli du prépuce qui recouvrait directement les premiers ulcères.

Les chancres inoculés à la cuisse présentent une base indurée ; ils s'entourent d'une auréole cuivreuse, et celui que nous avons cautérisé semble d'abord rétrograder, et prend bientôt, ainsi que le second, un fond grisâtre rempli d'un liquide ichoreux. En peu de jours, ils se joignent, s'environnent d'un bourrelet blanc, se creusent, s'élargissent, et suivent en tout la marche des chancres de la verge : comme eux, il se détergent au bout d'un mois, ils deviennent de plus en plus superficiels, rosés et semblables aux plaies simples. A cette époque,

nous pratiquons avec le liquide séreux et peu abondant qu'ils fournissent deux nouvelles piqûres dont la cicatrisation est solide trente-six heures après. Enfin, les ulcères du frein et de la cuisse sont fermés au bout de la septième semaine, et le bubon, qui s'était abcédé, se trouve guéri.

Ainsi, d'après ce fait et ceux que nous lui adjoindrons plus loin, il est hors de doute que la matière puriforme fournie par les ulcères résultant d'une copulation suspecte fait développer des ulcères semblables, ayant des caractères propres et se reproduisant quand leur mucopus est en contact avec d'autres parties saines. Les plaies ordinaires ont-elles cette marche et ces propriétés? A part certaines maladies analogues à la syphilis, quels sont les cas où vous pouvez obtenir ces résultats? Aucun : les produits des autres plaies ou ulcères ne peuvent le procurer; nous avons, en effet, essayé d'inoculer le pus, le mucus, le sang, la salive, etc., et pas la plus légère ulcération ne s'en est suivie.

Prenez le pus qui s'écoule des plaies chroniques aux jambes, d'un érysipèle phlegmoneux, des poumons d'un phthisique, d'un abcès par congestion; chargez une lancette de la sérosité plus ou moins trouble dont les plèvres, le péricarde, le péritoine, la vaginale, etc., peuvent être remplis; recueillez la salive d'un moribond ou de l'individu le mieux portant; poussez-les sous la peau d'une région quelconque du corps, et vous n'obtiendrez, pas plus que nous, d'ulcérations. L'observation a fait, en plus d'une circonstance, prévoir la justesse de ces résultats. Avant que certains praticiens eussent reconnu la nature purement inflammatoire des ulcérations situées à la face externe des joues, au niveau

des dents molaires, on les regardait comme syphilitiques, et cependant l'inoculation n'avait jamais pu les reproduire ni leur trouver le caractère virulent.

L'étude ultérieure et l'observation ont sanctionné les résultats donnés par la méthode expérimentale à laquelle nous avons eu plusieurs fois recours en ces sortes de cas. Il y a donc quelque chose de particulier dans ce pus des chancres vénériens ; ce n'est donc pas le pus ordinaire. C'est là un point capital qui forcera toujours le praticien de croire à une matière contagieuse et propre à la syphilis, qui manifeste sa présence en toutes les circonstances de la même manière, toutefois avec des conditions dont nous chercherons plus loin à apprécier la valeur. C'est une vérité admise par l'immense majorité des médecins, et si leur opinion varie à cet égard, c'est sur l'explication qu'ils en donnent et non sur le fait en lui-même.

De nos jours, cependant, l'existence du principe virulent a été niée par des hommes partisans dévoués de la doctrine dite physiologique. Voulant tout faire entrer dans les principes d'un système nouveau, ils n'ont pas même reculé devant les faits les plus réfractaires, et l'irritation est devenue entre leurs mains la cause de la syphilis comme de la gastrite. « La syphilis, dit Broussais (1), est une irritation qui affecte l'intérieur du corps aussi bien que les scrofules. » Cette opinion fut embrassée avec un enthousiasme funeste à plusieurs de ses partisans : témoin ces trois élèves en médecine, tristes victimes d'une croyance irréfléchie. Pourtant, il faut bien le rappeler, les défenseurs des idées du professeur du Val-de-Grâce ont reconnu dans cette irritation quelque chose de particulier. Pour démontrer la vérité de cette théorie,

(1) Propositions gén. de méd., prop. 405.

les faits n'ont pas manqué ; nous pourrions rappeler ici les principaux et les comparer à ceux cités dans ce travail, si nous ne craignions d'être entraîné trop loin de notre sujet. Mais qui n'a été surpris, en lisant l'ouvrage de Richond (1), des faits qu'il rapporte ? Qui n'a remarqué l'action vraiment étrange de ce poil qui produisit une déchirure simple aux parties génitales, et par suite des accidents consécutifs prononcés ? Ces derniers sont-ils en rapport avec la valeur ordinaire d'une blessure aussi légère? Souvent le frein de la verge ne se rompt-il pas, soit dans le coït, soit dans toute autre circonstance, et ne se réunit-il pas ordinairement avec promptitude et sans accidents ? Ne pratique-t-on pas des incisions aux parties génitales, sans redouter le moins du monde les symptômes constitutionnels ? S'il en était autrement, quel malade voudrait se soumettre à l'application des sangsues ou à la plus faible opération sur ces parties, et quel est le médecin consciencieux qui oserait les ordonner ou la pratiquer ?

Quand on la considère comme purement traumatique, cette blessure légère a certainement produit des effets bien capables d'étonner ; mais si l'on remarque avec soin les circonstances au sein desquelles une pareille plaie est faite, on lui trouvera un caractère de gravité dont les partisans seuls de l'irritation doivent s'étonner, et qui nous paraît à nous, partisans du vrai, tout-à-fait rationnelle. Nous voyons, en effet, chez les malades dont nous citons l'historique, que les chancres inoculés se sont développés en 48 heures, tandis que ceux contractés pendant le coït se sont seulement montrés huit jours, trois semaines après (*Obs.* 1re).

Il y a donc différence d'énergie dans l'évolution des

(1) De la non-existence du virus syphilitique, T. Ier, p. 97.

chancres, suivant que la matière contagieuse est déposée à la surface de la peau recouverte de son épiderme ou dans une plaie récente. Eh bien! voilà la raison de la malignité de ces simples déchirures du frein ou du fourreau du pénis pendant le coït. Ces blessures sont semblables à celles que vous produisez par l'inoculation ou la pointe d'une lancette: comme ces dernières, elles favorisent le développement plus rapide des chancres, et, loin de se cicatriser, elles s'étendent au contraire en donnant naissance à de véritables chancres. Voilà pourquoi encore les praticiens éclairés doivent accorder autant d'importance à ces légères ulcérations qui se forment en peu de jours, parce qu'elles sont capables, quand elles sont virulées, de donner lieu aux symptômes syphilitiques consécutifs. Voilà donc, enfin, l'explication rigoureuse de la gravité de ces déchirures du pénis, qui doit être en effet inexplicable pour l'Ecole prétendue physiologique.

Pourquoi, dirons-nous encore, l'inoculation de la matière sécrétée par ces sortes d'ulcérations, si souvent, si diversement répétée, ne détermine-t-elle pas tantôt des symptômes syphilitiques, tantôt des boutons varioliques, d'autres fois la peste, chez tel individu la rage, chez tel autre la pustule maligne? Car, enfin, si ce pus fourni par les chancres n'est pas de nature différente de celui dont les lésions organiques ordinaires sont tous les jours la source, comment ce pus a-t-il l'étrange propriété de communiquer au même individu ou à un autre, soit par le contact, soit par l'inoculation, une maladie toujours semblable? Les individus qui s'exposent à contracter la syphilis sont de tempéraments très-différents, de constitution, d'âge, de sexe très-variés, circonstances bien propres à faire changer complètement les effets de la prétendue irritation. Cependant la nature de la maladie

ne change pas, et la matière syphilitique cause des effets qu'aucun autre fluide sécrété, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, ne peut jamais amener. Il y a donc dans le pus des chancres, et nous le répétons à dessein, quelque chose de spécial et nous dirons de spécifique.

Didier avait prétendu que la syphilis était due à la présence de petits vers, communiqués dans le coït, qui développaient les symptômes locaux ou consécutifs, suivant qu'ils se nichaient aux parties génitales ou qu'ils circulaient dans les fluides de l'économie. Cette idée avait été reprise par Fischer, Lancisi, Linnée, Redi, le professeur Mojon, de Gênes, qui l'avaient appuyée d'expériences microscopiques. M. Donné a lu, à ce sujet, un mémoire à l'Académie des sciences (19 décembre 1836) dans lequel il prétend avoir trouvé dans le seul pus des ulcérations vénériennes des animalcules vivants. Du pus provenant d'un ulcère contenant des vibrions, ayant été inoculé sur une autre partie du corps, produisit une pustule : cette pustule fut ouverte, et le liquide, examiné au microscope, présenta une grande quantité des mêmes vibrions. « J'ai soumis, dit M. Donné, ces animalcules à l'examen de M. Dujardin. Suivant ce savant observateur, aucun infusoire semblable n'a été observé ni décrit. » Ainsi, l'on comprendrait comment la chimie n'a pu éclairer la nature du virus, ni trouver dans les produits morbides éminemment virulents d'autres éléments que dans les plus innocents.

Un autre caractère du virus syphilitique est de causer des symptômes éloignés, et du lieu où les premiers phénomènes ont paru, et du temps où ces derniers se sont effacés. C'est là encore un des points fondamentaux du sujet dont il s'agit : interrogeons l'observation.

Obs. 2e.—Chancres depuis huit jours ; inoculation, chancres ; un mois après, ulcère à la gorge; traitement anti-phlogistique et mercuriel : guérison.

Dod...., âgé de 24 ans, d'un tempérament sanguin, soldat au 2e régiment du Génie, vit, huit jours après un coït suspect, paraître derrière le gland deux chancres, pour lesquels il se rend à l'Hôtel-Dieu le 10 mai 1836, au 15e jour de la maladie. Prenant sur la pointe d'une lancette de la matière sécrétée par les ulcères, nous l'introduisons sous la peau de la cuisse; nous répétons la même opération en ayant soin de charger l'instrument de la matière chancreuse et de quelques gouttes d'une dissolution chlorurée, afin de constater si l'on peut dénaturer le virus ou activer ses propriétés. (Saignée du bras, pilules de sublimé.)

Le lendemain, les deux piqûres faites à la cuisse sont douloureuses et rouges; le 3e jour, elles sont élevées et jaunâtres ; le 4e jour, elles sont recouvertes d'une croûte brune, cernée bientôt d'un bourrelet blanc. Au 30e jour de la maladie, les chancres de la verge n'ont rien perdu ni de leur forme, ni de leur couleur première ; ceux de la cuisse, dépouillés de la croûte épaisse dont ils sont recouverts, offrent un fond excavé et humide environné d'un cercle blanc et d'une auréole rosée. Le 45e jour de la maladie, les chancres du pénis ont une surface rosée, bourgeonnante; ceux de la cuisse, au contraire, sont excavés, jaunâtres, fort humides. Au 50e jour, les ulcères de la verge sont presque effacés; ceux de la cuisse sont superficiels, bourgeonnants et peu humides. Enfin, leur cicatrisation est complète au 65e jour de la maladie.

Les pilules de sublimé ont été bien supportées ; ce militaire n'a pas pris la moitié du traitement ordonné.

Cependant, au 69e jour, il se plaint d'ardeur au gosier, et nous constatons sur le voile du palais et au fond du pharynx des ulcères superficiels rosés aux bords, recouverts au centre d'une espèce de pseudo-membrane blanchâtre: des gargarismes adoucissants et un régime sévère sont mis en usage. Le sublimé est continué durant plus de trois semaines encore sans interruption; bientôt les ulcères de la gorge s'effacent, et Dod..., complètement guéri, quitte l'hôpital le 8 mai 1856.

Ici encore l'inoculation de la matière des chancres récents a fait développer des chancres en tout semblables aux premiers; mais nous y observons de plus l'apparition d'ulcères d'aspect particulier dans l'intérieur de la bouche, au 60e jour de la maladie. A quoi les attribuer? A l'influence du mercure? Mais ce médicament, administré depuis deux mois, n'avait rien produit encore de fâcheux et pas le moindre symptôme de salivation. S'il eût été la cause de la manifestation des ulcères secondaires, il les eût fortement exaspérés, puisque son administration n'a pas été suspendue. Le nombre considérable de faits semblables observés tous les jours à l'Hôtel-Dieu et dans les autres hôpitaux de Montpellier, la succession de chancres consécutifs dans un lieu éloigné des chancres primitifs, l'aspect particulier de ces ulcères, tout nous donne le droit de penser qu'ils se lient essentiellement aux ulcères primitifs, et que la nature de ces derniers étant virulente, leurs effets éloignés sont le résultat d'une influence générale, d'une infection de l'économie. Tel est, du reste, le mode d'activité de la variole, de la rage, de la peste, etc. L'inoculation des produits morbides de chacune de ces maladies propage la même maladie, détermine des lésions éloignées et de lieu et de temps; seulement ils

influencent la machine vivante d'une manière beaucoup plus prompte et beaucoup plus terrible.

Dans un travail sur les maladies vénériennes, nous avons examiné ce sujet avec beaucoup plus d'étendue que nous ne pouvons le faire ici ; nous avons cherché à peser la valeur du mot *sympathie*, dont l'invention paraît si heureuse à M. Devergie (1), par exemple, pour expliquer les phénomènes consécutifs de la vérole. Mais arrêtons-nous sur cette discussion où l'expérimentation ne nous sert plus de guide ; disons toutefois qu'elle permet de s'assurer si le virus syphilitique cause toutes les maladies contractées pendant le coït, qu'elle est propre à nous faire distinguer les ulcères récents des ulcères anciens et consécutifs. Occupons-nous d'abord de la première de ces questions ; cherchons si toutes les maladies vénériennes sont virulentes ; étudions la blennorrhagie à ce point de vue.

§ II. — *De l'inoculation expérimentale de la blennorrhagie.*

La blennorrhagie, a dit avec raison un Professeur de cette Ecole, est la mère de toutes les infirmités des voies urinaires. Voyez en effet, dans les hôpitaux, ces coarctations de l'urètre si communes, si rebelles, si funestes dans leurs circonstances physiques et morales ; examinez ces catarrhes vésicaux si opiniâtres et qui font souvent le désespoir des praticiens, et vous serez convaincus que l'origine du mal remonte souvent à une blennorrhagie. Considérée sous ce point de vue, l'urétrite demande un traitement prompt et actif ; ce traitement est plus important encore quand elle est regardée comme le symptôme le plus général, le plus précurseur, le plus ordinaire de l'infection syphilitique.

(1) Clinique sur la maladie vénérienne, T. Ier. p. 64.

A ce sujet, il existe, même parmi les médecins de nos jours, une divergence d'opinions pour savoir si la blennorrhagie est ou n'est pas de nature infectante, et si elle peut produire des symptômes consécutifs dans la majorité des cas. Il est de la plus haute importance pratique de fixer nos idées à cet égard, et d'apporter dans un examen aussi grave des preuves palpables. Une urétrite seule nous étant soumise à son début, distinguer si elle est ou si elle n'est pas syphilitique, tel est le problème qu'il s'agit de résoudre.

Cette question a été jugée de tout temps d'une importance si majeure, que les écrivains et les praticiens ont cherché à l'éclairer par des données plus ou moins ingénieuses que notre siècle n'a point sanctionnées. Les distinctions tirées de l'aspect de la matière blennorrhagique, de la durée variable de la maladie, de l'intensité des douleurs, etc., ont paru des subtilités sans fondement. Depuis peu d'années, une nouvelle voie de recherches a été ouverte et semble promettre de plus heureux résultats pour la solution de ce problème : c'est celle de l'inoculation expérimentale. Si des lésions appelées symptômes primitifs récents, reconnues sans contredit comme le résultat de l'infection, se communiquent dans tous les cas par l'inoculation (*Obs.* 1, 2, 5, etc.), et produisent la vérole avec des symptômes semblables, et si, d'un autre côté, la maladie dont la nature syphilitique ou infectante est le plus généralement constatée ne peut jamais causer ces accidents par la même épreuve, on devra admettre une différence entre ces deux sortes de maladies, principalement dans leurs causes matérielles, et reconnaître en outre que le moyen explorateur capable de démontrer cette distinction n'est pas sans utilité. Eh bien! sur plus de cent cas dans lesquels l'inoculation

a été pratiquée, presque aucune blennorrhagie ne m'a fourni des chancres; tous les chancres primitifs et récents, au contraire, m'ont constamment donné des chancres: bien plus, une blennorrhagie n'a pu inoculer des chancres, quoiqu'il existât un chancre tout-à-fait récent sous le fourreau de la verge, et cependant, en pareil cas, le chancre a produit un autre chancre par l'inoculation.

L'exposé détaillé de toutes les observations que j'ai recueillies serait d'autant plus indispensable, qu'elles doivent être non-seulement la preuve matérielle du point le plus utile de la question qui nous occupe, mais parce qu'elles sont en opposition avec les expériences déjà avancées par certains auteurs (Bru, Devergie, Dubled, etc.) sur la même matière. La crainte de surcharger notre travail nous engage à rapporter seulement les plus saillantes; d'ailleurs, nous ne sommes pas le seul de l'avis que nous allons défendre. MM. Ricord et Cullerier, à Paris, le professeur Serre, à Montpellier, ont obtenu le même résultat, et nous avons expérimenté souvent sous la direction de ce dernier.

Obs. 3e. — Urétrite et chancres depuis quinze jours; inoculation de la matière blennorrhagique, aucune ulcération; muriate d'or : guérison.

Tell...., âgé de 22 ans, d'un tempérament lymphatique, vient à l'Hôtel-Dieu, le 25 mars 1836, pour une urétrite et une ulcération arrondie superficielle, située à la base de la verge, existant depuis quinze jours, et s'étant montrée huit jours après le coït. Croyant l'urétrite et le chancre de la même nature, je voulus m'en assurer par l'inoculation: prenant alors de la matière blennorrhagique, je la portai sous la peau de la cuisse au moyen

de deux piqûres faites avec une lancette. Aucun bain, aucun topique ne fut ordonné, afin de ne pas troubler le travail expérimental que je voulais observer. Pour diminuer l'intensité de la phlogose urétrale, une saignée du bras fut faite, et le lendemain dix sangsues furent appliquées au périnée. Ces moyens calmèrent les symptômes inflammatoires ; mais, à mon grand étonnement, les piqûres pratiquées à la cuisse se cicatrisèrent rapidement, et en quarante-huit heures je reconnus qu'aucune ulcération ni aucun chancre ne devaient être la suite de l'inoculation précédente. Soumis à l'usage du muriate d'or en solution, le malade voit de jour en jour son chancre moins jaunâtre, moins humide, plus rosé, se cicatriser, la blennorrhagie cesser en peu de temps par l'emploi des anti-phlogistiques et des émollients, et sa guérison complète le 2 mai 1836, après avoir pris 8 grains de préparation aurifère.

Remarquez ici le lieu particulier où le chancre s'est développé sur la peau et à la base de la verge. Si la matière qu'a produite la blennorrhagie était la même que celle qui a causé le chancre, il se serait manifesté des chancres sur ou autour du gland recouvert seulement d'une muqueuse, et qui ne peut éviter d'être en contact avec la matière qui a déterminé l'urétrite. Cette dernière, quoique existant depuis quinze jours, avait une intensité assez forte pour exiger des émissions copieuses de sang. La matière blennorrhagique avait donc l'âcreté de la période violente de la maladie, et ne pouvait avoir perdu la propriété de se communiquer par l'inoculation. On observe tous les jours que les chancres se montrent, comme chez notre malade, dans un point circonscrit, peu étendu et quelquefois fort éloigné du méat urinaire,

et il est facile de s'en rendre raison : l'humeur fournie par les chancres du canal valvo-utérin., étant en très-petite quantité, ne peut baigner une grande partie du membre viril et n'est en contact avec lui que dans une faible étendue. Voilà pourquoi encore la blennorrhagie est plus commune que les chancres; pourquoi la même femme atteinte de chancres et de blennorrhagie communiquera plus souvent cette dernière.

Il suit encore de ces principes que ces deux symptômes vénériens peuvent se montrer isolés de l'un et de l'autre. Ainsi, à la suite d'un seul coït, un individu peut avoir une urétrite dont la matière inoculée ne provoquera pas la plus légère ulcération, et quelque temps après il peut être atteint de chancres primitifs autour du prépuce : tel est le cas suivant.

Obs. 4e. — Urétrite depuis huit jours; inoculation; balsamiques pendant vingt jours sans succès; lavement avec le copahu, amélioration. — Injections; guérison de la blennorrhagie. — Tardive apparition d'un chancre guéri par l'emploi du sublimé.

A......, âgé de 24 ans, d'un tempérament lymphatique, vient à l'hôpital, le 22 avril, avec une urétrite existant depuis huit jours, et s'étant montrée trois jours après le coït. Après avoir pris de la matière blennorrhagique, je l'introduis sous la peau de la cuisse, comme dans le cas déjà cité, ayant soin de ne contrarier en rien cette tentative d'inoculation. Deux jours après, les piqûres sont cicatrisées, et rien ne survient plus tard. Sous l'influence de l'opiat balsamique, la blennorrhagie ne diminue point pendant vingt jours; deux lavements avec 20 gouttes de copahu dans chaque amènent une amélioration sensible, et quelques injections avec le nitrate d'argent en solution, selon les préceptes posés par le professeur Serre, tarissent

l'écoulement au bout d'une semaine. Le malade se proposait de sortir incessamment de l'hôpital, lorsque, le 29 mai, il se manifesta en arrière de la couronne du gland un chancre, que l'on traita par des pilules d'un dixième de grain de sublimé, dont le malade prit 10 grains avant d'obtenir sa guérison complète, le 5 juillet suivant.

Ainsi, le muco-pus de la blennorrhagie introduit sous la peau n'a rien produit en ce cas; néanmoins, un mois après, un chancre a paru à la base du gland. Dira-t-on que la même matière virulente a produit la blennorrhagie et le chancre? Le pus qui produit les chancres s'est ici manifesté plus tard que celui de la blennorrhagie (cela arrive le plus souvent), et il n'est pas étonnant que l'inoculation de cette dernière n'ait pu annoncer l'existence du virus syphilitique. Sans doute, d'après ce fait, l'inoculation ne peut permettre d'assurer qu'un individu atteint de blennorrhagie n'est pas atteint de vérole; mais elle avertit le praticien que l'urétrite est ou n'est pas de nature syphilitique, et qu'il ne doit pas craindre de phénomènes secondaires ou consécutifs, s'il ne survient pas de symptômes primitifs de syphilis pendant la période ordinaire de leur développement: c'est là, ce nous semble, un grand pas vers le diagnostic de cette maladie.

D'après ces faits et ceux que nous leur joindrons bientôt, il ne peut être douteux, selon nous, que l'humeur blennorrhagique récente ne puisse déterminer de chancres, quelles que soient les circonstances dans lesquelles elle est appliquée sur nos tissus.

Tout en soutenant l'identité du virus blennorrhagique et syphilitique, Hunter dit (1) que la vérole est rarement l'effet de la gonorrhée : il y a donc des blennorrhagies

(1) Mal. vénér., p. 61.

de nature syphilitique. Morgagni, M. Lallemand et d'autres praticiens ont rencontré quelquefois dans le canal de l'urètre, vers la fosse naviculaire, chez des individus atteints de blennorrhagie ou d'autres symptômes syphilitiques, des ulcérations qui rendent compte de l'urétrite infectante et de sa rareté. Nous insistons sur la coexistence des symptômes syphilitiques et de l'urétrite, parce qu'elle montre que la femme pouvait communiquer l'un et l'autre.

Cherchant à prouver l'identité du virus syphilitique et blennorrhagique, Swédiaur raconte (1) avoir vu des gonorrhées, avec ulcérations dans l'urètre, suivies de symptômes syphilitiques : « et si, dit-il, la gonorrhée ne produit pas constamment la vérole, c'est qu'elle ne détermine qu'une inflammation superficielle de la muqueuse urétrale sans ulcérations. » L'auteur poursuit en soutenant, quelques lignes plus bas, que les blennorrhagies légères sans ulcération peuvent certainement être guéries sans un grain de mercure, et même si l'on administrait ce médicament, peut-être ne produirait-il pas de bons effets. « Mais lorsque la chaude-pisse, ajoute-t-il, est accompagnée d'ulcérations dans l'urètre, la guérison est plus prompte et plus sûre par l'emploi du mercure, et quelquefois on ne peut l'obtenir sans cela. » Il termine en disant: « La syphilis est le résultat fréquent de gonorrhée avec ulcérations dans le canal de l'urètre; néanmoins toutes les chaudes-pisses ne sont pas vénériennes. » Le syphiliographe dont je cite les paroles admet donc que lorsque la vérole suit une blennorrhagie, c'est que cette dernière est accompagnée d'ulcérations dans le canal de l'urètre. Qui ne voit des chancres comme cause unique de l'infection dans ces cas? Ces chancres se comportent

(1) T. Ier, p. 22, 26, 27.

comme les autres chancres extérieurs ; comme eux, ils s'inoculent. Le fait suivant est propre à nous en donner la démonstration.

Obs. 5e. — Urétrite et chancres depuis seize jours; inoculation, chancres ; pilules de Sédillot : guérison.

L...., âgé de 24 ans, d'un tempérament lymphatique, entre à l'hôpital, le 15 mars 1836, pour une violente urétrite existant depuis seize jours et des chancres depuis dix jours : ceux-ci sont situés à la face interne du prépuce resserré en avant du gland, de manière à former une espèce d'entonnoir dans lequel se ramasse la matière des ulcères et de la blennorrhagie. Prenant avec une lancette quelques gouttes du liquide ainsi retenu par le prépuce, en ayant soin de ne pas toucher aux chancres, je pratique deux piqûres à la cuisse gauche. Bientôt M. Lallemand opère l'excision du prépuce, et la plaie qui en résulte prend tous les caractères de l'ulcère syphilitique.

Le lendemain de l'inoculation, les piqûres paraissent fermées; mais, en examinant l'espèce de cicatrice au moyen d'une loupe, on s'aperçoit qu'elle est d'un blanc jaunâtre et d'un aspect peu rassurant. Le surlendemain, la cicatrice est élevée en forme de bouton rouge et surmonté d'un point blanc. Le jour suivant, l'inflammation est plus étendue ; le bouton est plus gros, environné d'une auréole rosée qui s'étend de plus en plus de manière à acquérir un pouce de rayon. Le quatrième jour, le sommet du bouton est recouvert d'une croûte noire, cernée par un bourrelet blanc et fluctuant ; les douleurs sont peu vives. Le cinquième jour, la croûte noire du centre s'est en partie détachée, et l'ulcère sous-jacent présente tout l'aspect syphilitique et s'étend de

plus en plus : son centre, d'abord saillant, devient encore grisâtre et cerné par des bords élevés presque circulaires. Soumis aux pilules de Sédillot, à la dose de 3 et bientôt de 4 par jour, L.... voit ses chancres de la verge se fermer, ceux de la cuisse suivre la même marche sans le moindre accident, et la guérison est complète le 6 juin 1836.

Le phimosis, dans ce cas, forçait l'humeur des chancres et de l'urétrite à séjourner ensemble et à se mélanger, de sorte qu'il était impossible de prendre quelques gouttes de ce liquide sans avoir et sans inoculer l'un et l'autre en même temps. Aussi des chancres ont été le résultat que j'avais prévu. Ce qui s'est passé sous nos yeux chez ce malade, nous montre ce qui doit se passer dans le canal de l'urètre où notre vue ne peut s'exercer, et nous permet de connaître la cause de la blennorrhagie syphilitique, l'existence des chancres dans le canal : de là découle l'explication du fait suivant.

Obs. 6e. — Urétrite depuis huit jours, inoculation, chancres : pilules de Sédillot : guérison.

M......, âgé de 25 ans, d'un tempérament sanguin, soldat aux chasseurs d'Afrique, vit paraître, huit jours après le coït, une urétrite : elle durait déjà depuis huit jours lorsqu'il entra au service du professeur Lallemand, au mois de mars 1835. Le blennorrhagie était épaisse, abondante, jaune-verdâtre. Mon collègue M. Dumas en recouvre la pointe d'une lancette, avec laquelle il pratique à la cuisse des piqûres, qui s'enflamment bientôt, prennent la forme d'une pustule, et, trois jours après, laissent voir deux ulcères dont les bords élevés et taillés à pic, le fond jaune-grisâtre, la base indurée, la marche lente et la cicatrisation par l'action

de 150 pilules de Sédillot en deux mois, n'ont laissé aucun doute sur leur nature syphilitique et sur l'existence de chancres dans l'intérieur du canal de l'urètre. Je rapporte ce fait, auquel je pourrais en ajouter d'autres où j'ai opéré moi-même l'inoculation, non-seulement parce qu'il nous montre une blennorrhagie produisant des chancres, mais encore parce que ce résultat a été obtenu par un autre que par moi.

MM. Ricord (1), Lavergne (2), Patron (3) ont rapporté des faits prouvant l'existence des chancres dans l'urètre; et nous avons eu récemment dans notre service un officier atteint de chancres au prépuce, chez lequel le canal de l'urètre était le siége de douleurs et d'indurations que tout portait à regarder comme syphilitiques, quand, vers le quinzième jour, il nous fut possible de voir dans la fosse naviculaire un ulcère vénérien, bientôt étendu au frein de la vergé. Un autre officier présentait des indurations persistantes et augmentant sitôt que l'on suspendait les balsamiques ordonnés contre la blennorrhagie. Celle-ci, plusieurs fois reproduite, disparut seulement après un traitement anti-syphilitique, en même temps que les indurations urétrales, causes manifestes de l'écoulement. Le canal urinaire peut d'ailleurs devenir le siége de presque toutes les lésions syphilitiques qui atteignent les parties molles : la fluxion, l'inflammation, l'hypersécrétion, l'abcès, l'ulcère, l'induration, les tumeurs, les végétations ou les excroissances, etc. Récemment, il s'est présenté dans notre service un cas de cette dernière espèce et que nous allons rappeler en peu de mots.

(1) Trait. prat. malad., p. 533.
(2) Trait. prat. inocul., p. 271.
(3) Leçons mal. génit., trad. Montpellier, 1845, p. 11.

Obs. 7e. — Végétations syphilitiques dans l'urètre ; cautérisation : guérison.

Un militaire avait contracté depuis plusieurs mois une légère blennorrhagie et des chancres, quand il sentit le cours des urines gêné par le développement de petites tumeurs dans le canal de l'urètre. Lorsqu'il fut soumis à notre observation, au mois de juillet dernier, cet homme portait dans la fosse naviculaire des végétations multiples du volume d'un pois ; mais, à cette époque, l'écoulement avait à peu près cessé. Après l'administration des mercuriaux à l'intérieur, nous fûmes obligé d'avoir recours à plusieurs cautérisations des végétations à l'aide du nitrate acide de mercure, qui détruisirent ces productions morbides et permirent à cet homme de quitter l'Hôtel-Dieu entièrement guéri. Depuis ce fait, nous avons eu plusieurs occasions d'essayer l'application de l'acide acétique pur sur les végétations extérieures à l'urètre, et, chez deux militaires, ce moyen nous a rapidement réussi : ce remède nous avait été signalé, à notre passage à Pau, par M. le docteur Manne. Quoique l'emploi de l'acide acétique pur ne nous ait point réussi chez un de nos malades, néanmoins il nous a procuré chez plusieurs autres individus des succès d'autant plus remarquables, qu'il ne laisse pas après son application, comme le nitrate de mercure, des ulcérations longues à se cicatriser.

Nous venons de rapporter des cas dans lesquels la matière blennorrhagique seule et inoculée n'a causé aucune ulcération ; d'autres où, malgré la coexistence de chancres, mais siégeant en un lieu différent que celui de l'urétrite, celle-ci n'a pas davantage provoqué d'ulcérations ; un troisième ordre de faits dans lesquels les chancres et la

blennorrhagie se trouvent confondus dans leur siége et dans leurs produits morbifiques, ces derniers déterminés par l'inoculation de chancres semblables à ceux déjà existants. N'est-il pas rationnel de voir dans ces résultats l'action de la matière chancreuse (*Obs.* 1, 2)? N'est-on pas forcé de reconnaître que la matière blennorrhagique qui a engendré des chancres par l'inoculation, était composée de deux produits morbides mélangés dans l'intérieur du canal de l'urètre?

S'il en était autrement, tous les individus atteints de blennorrhagie devraient avoir aussi des chancres; car, s'il faut une muqueuse saine pour que l'infection ait lieu, celle de l'urètre est seule affectée dans la blennorrhagie, et cependant des chancres ne se manifestent pas au prépuce ni au gland continuellement en contact avec la matière blennorrhagique, qui, même inoculée sous la peau et soumise à l'absorption, ne détermine aucune ulcération. Le pus des chancres primitifs, au contraire, propage des ulcères semblables à tous les points qu'il touche : c'est là une remarque pratique que j'ai souvent vérifiée. On a cru répondre victorieusement aux conséquences que j'énonce en ce moment, en disant que les parties voisines du canal de l'urètre, ainsi que de l'économie, étaient dans une disposition morbide qui les mettait à l'abri d'une nouvelle infection. Sans répéter ici que tous les points des parties génitales que l'ulcère chancreux touche sont contaminés, n'ai-je pas toutes les fois inoculé le virus des ulcères primitifs et récents sur une région quelconque du corps de l'individu, où des chancres se sont bientôt montrés? N'ai-je pas aussi inoculé la matière blennorrhagique récente sur toutes les parties du même malade sans obtenir aucune ulcération? D'après les idées anciennes, comment tous les individus

communiquant avec une femme portant seulement une blennorrhagie, ne prennent-ils pas des chancres en même temps que la blennorrhagie ?

La valeur de la méthode expérimentale dont il s'agit a été sentie depuis quelques années, et Samuel Cooper, dans son Dictionnaire, s'exprime en ces termes : « Comme je ne pense pas que ce serait rendre un service à la société de soumettre des criminels dont la peine serait commuée à des expériences sans lesquelles ce point ne saurait être rigoureusement éclairé, on ne pourra jamais connaître d'une manière satisfaisante le nombre, la nature et les effets du virus syphilitique. »

L'auteur regarde donc l'expérimentation comme la méthode qui seule peut rigoureusement éclairer toute l'obscurité de la question : on sera facilement de son avis. Ne doit-on pas être étonné après cela en le voyant penser que ce ne serait pas rendre service à la société ? Il n'est pas besoin de recourir à des condamnés pour faire ces recherches; toutes les personnes soupçonnées d'être infectées doivent et peuvent s'y soumettre sans danger. Si mes expériences ne me l'avaient démontré, le raisonnement seul suffirait pour me convaincre qu'une personne atteinte de chancres ne court aucun risque pour un ou deux chancres de plus à la cuisse, et qui doivent guérir en même temps sous l'influence d'un traitement général. Les malades ne répugnent nullement à se soumettre à ces épreuves. Plusieurs d'entre eux, étrangers à la médecine, m'ont même demandé de tenter sur eux l'inoculation, pour dissiper leur doute sur la nature d'une urétrite dont ils étaient atteints. Nous rappellerons, à ce sujet, qu'un officier fort instruit, afin d'être plus rassuré sur ses craintes, se fit pratiquer une nouvelle inoculation à mon insu.

On a soutenu cependant que l'inoculation était un moyen dangereux, en ce qu'elle déterminait des chancres par l'absorption du virus, par conséquent l'infection d'une manière certaine, et donnait une syphilis constitutionnelle à un individu qui peut-être aurait eu une lésion purement locale. Nous ferons remarquer d'abord que ce reproche ne peut s'adresser directement à l'inoculation employée pour vérifier la nature de la blennorrhagie. S'il existe des chancres dans le canal, le malade est exposé à une vérole générale; je dirai même qu'il peut moins s'y soustraire que lorsque les ulcères sont situés à l'extérieur, et les topiques ne peuvent être appliqués sur eux. Dans ces cas, l'absorption se fait d'autant mieux que les ulcères resteront fort long-temps dans le canal, dans l'étendue duquel la matière chancreuse sera promenée, soit par le mucus, soit par l'urine, et produira plus facilement l'infection.

Ainsi, en pareille circonstance, quoi qu'il fasse, le malade est presque assuré d'une infection générale; et comme la blennorrhagie n'est pas syphilitique dans la majorité des cas, il est exposé à faire un traitement inutile le plus souvent, ou à voir se manifester des symptômes secondaires. L'inoculation, pratiquée de bonne heure et avec les conditions nécessaires, le délivre de cette alternative fâcheuse. Ne doit-on pas, dans tous les cas d'urétrite, avoir recours à cette épreuve? La méthode expérimentale est applicable encore au diagnostic des diverses ulcérations vénériennes et des différents symptômes de la syphilis, et j'ai fait à ce sujet les nombreux essais que je vais faire connaître.

§ III. — *L'inoculation expérimentale permet de distinguer les chancres des ulcérations purement inflammatoires, quoique résultant du coït, etc., etc.*

Après avoir cherché à démontrer l'existence du virus syphilitique et avoir insisté sur cette matière aussi longuement que son importance nous a paru le mériter, il est loin de notre pensée de prétendre que le principe virulent est la cause de toutes les maladies contractées pendant la copulation. Les faits cités dans ce travail, et dans lesquels nous avons tenté d'inoculer le pus provenant de maladies fort variées, mais purement inflammatoires et nullement contagieuses, sont assez nombreux pour faire sentir d'avance que ces produits morbides, soumis aux mêmes épreuves, ne donneront pas de résultats différents, quelle que soit la partie où ils se trouvent. Aussi avons-nous souvent constaté sur les parties génitales des lésions semblables à celle que l'on rencontre en d'autres parties du corps, des abcès, des épanchements séreux, des ganglionites, etc., qui n'y éprouvent aucun changement de nature. Cette observation paraît exacte à la généralité des praticiens, quand on fait abstraction des circonstances au milieu desquelles ces altérations ont été engendrées; mais ils ne pensent plus ainsi lorsque ces mêmes lésions se sont montrées à la suite de la copulation. Il semble, d'après cette manière de voir, que les violences, les irritations causées par l'acte générateur sont différentes en dehors de ces conditions ! L'Ecole dite physiologique a porté contre ces erreurs des attaques méritées, dont l'exagération toutefois en a diminué la valeur; car elles ont franchi les bornes de la vérité. Mais les défenseurs eux-mêmes du virus syphilitique sont allés souvent trop loin, et de ces opinions exagérées est ré-

sulté un mélange de vrai et de faux de part et d'autre et une obscurité plus grande dans le diagnostic des maladies vénériennes.

Nous sommes disposé à faire voir, au moyen de l'inoculation, que toutes les maladies vénériennes ne sont pas syphilitiques, c'est-à-dire infectieuses et capables de donner une vérole constitutionnelle. Pour parvenir à ce but, nous devons passer en revue toutes ces sortes de maladies, et essayer de reconnaître le cas où le virus existe et ceux où l'on n'a pas à craindre sa présence. Déjà l'étude de la blennorrhagie nous a occupé sous ce point de vue; examinons maintenant les ulcérations vénériennes.

Presque tous les auteurs conviennent avec Celse qu'il existe aux organes sexuels des ulcérations nullement infectieuses. Selon plusieurs d'entre eux (1), les chancres véritables ne sont pas même la moitié des ulcérations succédant au coït. Il faut bien se le persuader, en effet, les organes génitaux sont sujets à devenir le siége d'ulcérations variées : les déchirures pendant la copulation sont communes ; la malpropreté du gland recouvert continuellement par le prépuce, l'irritation dépendant de causes fort diverses, peuvent amener des ulcérations nombreuses qu'il serait imprudent de traiter par les mercuriaux. Cependant le diagnostic de ces différentes ulcérations est difficile; et tout en avançant le contraire, certains écrivains les distinguent seulement en ce que celles de nature syphilitique se compliquent, par la suite, de bubons, de végétations, etc., symptômes non encore suffisamment démontrés appartenir exclusivement à la vérole. Examinons rapidement les caractères assignés aux chancres syphilitiques, et voyons s'ils permet-

(1) Cullerier et Ratier, Dict. en 25 vol., art. *Syphilis*.

tent de les reconnaître en tous les cas, de les distinguer des ulcérations purement inflammatoires, etc.

Le chancre primitif est caractérisé, selon Hunter (1), par une base épaisse, dure comme un cartilage sous-cutané, et par une tendance à ne pas cicatriser. Sa surface, dit Lagneau (2), est d'une couleur gris-blanchâtre; les bords sont plus ou moins élevés, coupés perpendiculairement; leur pourtour offre plus ou moins d'engorgement, et est à peu près constamment d'un rouge foncé. L'induration signalée par Hunter, Carmichaël (3), comme propre aux ulcères vénériens, disent MM. Cullerier et Ratier (4), n'a pas obtenu toute la valeur qu'elle mérite. Selon les auteurs, c'est un des caractères les moins variables. Ainsi, d'après ces écrivains et tous ceux qui ont adopté leur manière de voir, le progrès ulcératif, l'inaptitude à la cicatrisation, la forme ronde, les bords taillés à pic et ornés d'une auréole cuivreuse, le fond gris-blanchâtre, et surtout la base indurée, formeraient les caractères spéciaux des chancres, suffisants pour un diagnostic exact.

Il n'en est pas cependant ainsi, car chacun de ces symptômes manque souvent et se rencontre en des ulcérations non syphilitiques. Nous ne connaissons pas, dit le docteur Hennen (5), de signes invariables et caractéristiques : la forme ronde est un signe variable, car elle est différente suivant que le chancre se trouve dans telle ou telle autre région. En général, selon M. Desruelles (6),

(1) Traité sur la malad. vénér.

(2) Traité pratique des malad. vénér., etc., 6e édit.

(3) Observ. symptôm. et distinct. essentiel. malad. vénér. Londr., 1818.

(4) Ouv. cit.

(5) Journal d'Edimbourg, T. XIV.

(6) Traité pratique des maladies syphilitiques, 1836.

l'ulcère perd la forme arrondie toutes les fois qu'il atteint en même temps des tissus qui ne jouissent pas de la même vitalité, suivant que le tissu cellulo-sous-cutané est plus ou moins lâche, etc. L'observation, écrit S. Cooper, rejette aujourd'hui la possibilité de reconnaître un chancre à la dureté de la base, à l'élévation de ses bords et à la difficulté de guérir sans mercure.

En présence d'opinions opposées et partant d'hommes si compétents, en présence de la variabilité des faits que nous avons observés nous-même, nous dirons avec M. Lagneau (1) que l'état actuel de la science ne permet pas encore de signaler, parmi les phénomènes qu'offrent les chancres, un signe unique, constant, invariable, auquel on puisse reconnaître le cachet caractéristique de la cause qui les a produits. Pour faire sentir tout ce qu'il y a de vrai dans ce que les auteurs ont avancé touchant la difficulté du diagnostic en ces cas, et les méprises auxquelles elle peut donner lieu, nous croyons devoir rappeler le fait suivant.

Obs. 8e. — Plaie faite à la verge avec un bistouri ; inoculation, aucune ulcération : cicatrisation rapide.

Nous étions à dîner avec plusieurs de nos amis, lorsque la conversation tomba sur les maladies vénériennes et sur les idées des modernes à ce sujet. Nous soutînmes que l'on pouvait se tromper sur la nature des ulcérations situées aux organes génitaux, et qu'un bon nombre d'entre elles n'étaient pas syphilitiques. Cette proposition souleva contre nous un houra presque général. L'un des convives, M. B***, homme très-instruit, avança même qu'avec un peu d'habitude on ne pouvait s'y méprendre. Nous eûmes beau en appeler aux faits

(1) Dict. de méd. en 25 vol., art. *Chancres.*

observés dans notre service; ils n'en voulurent rien entendre, et il fut presque unanimement reconnu que nous avions émis une idée erronée. Les convives se retirèrent en nous laissant un peu dépité de l'improbation générale dont nous avions été l'objet. Quinze jours s'étaient déjà écoulés lorsque, au commencement du mois de septembre 1856, un militaire, âgé de 28 ans, d'un tempérament sanguin, atteint de la gale et d'adhérences du prépuce à la couronne du gland, par suite de chancres qu'il avait eus cinq ans auparavant, nous pria de détacher ces adhérences : ce que nous fîmes avec un bistouri récemment aiguisé.

La plaie qui en résulta fut très-simple, mais la base devint, trois jours après, le siége d'une induration très-sensible; ce qui nous frappa, à cause de la valeur attachée à ce caractère des chancres par certains syphiliographes. Nous allâmes donc chez M. B***, dont l'opinion avait été si opposée à la nôtre, et nous le priâmes de venir donner son avis sur une ulcération de nature douteuse, et que nous étions seul, lui dîmes-nous, à ne pas regarder comme un chancre syphilitique. C'est clair, nous répondit-il, après avoir examiné les parties; c'est bien un chancre qu'il faut traiter par les mercuriaux ! Nous discutâmes ensuite devant le malade (qui ne pouvait contenir le rire de se voir considéré comme portant des chancres), nous pour prouver que ce n'était pas un chancre, et notre docteur pour soutenir le contraire; et enfin, après lui avoir fait réitérer ses affirmations : Il faut que je vous avoue maintenant, lui dîmes-nous, que cette ulcération est le résultat d'une petite opération que j'ai pratiquée, il y a quatre jours, afin de détacher le prépuce de ses adhérences avec le gland !.... On devine sans peine l'air un peu déconcerté de notre antagoniste.

Revenant cependant de son étonnement : Puisque ces adhérences, reprit-il, sont la suite de chancres, je ne me suis pas trompé. — Ces chancres, lui répliquâmes-nous, sont guéris depuis cinq ans ! — N'importe, ajouta-t-il ; je soutiens que ce malade a des chancres et a besoin d'un traitement mercuriel. — Bien ! lui répondîmes - nous en terminant ; je vois que vous aviez raison de m'assurer qu'avec un peu d'habitude il était impossible de se tromper en pareille matière !

Néanmoins, afin de vérifier de nouveau la valeur de la méthode expérimentale, nous pratiquâmes l'inoculation de la petite quantité de pus fourni par ces plaies, et ni chancre ni la plus légère ulcération n'en furent et n'en pouvaient être la conséquence. On sent déjà, et nous n'aurions pas besoin de le rappeler, que les plaies de la verge de ce militaire cicatrisèrent aussi vite que les plaies ordinaires, et que la gale seule le retint encore plusieurs jours à l'hôpital.

Il y a donc des cas où le praticien même fort exercé peut se méprendre, où toutes les données fournies par l'observation directe sont insuffisantes pour le guider sûrement. L'on doit donc applaudir, ce nous semble, à un moyen capable de dissiper l'obscurité de ces cas embrouillés. L'inoculation est le moyen le plus rationnel de parvenir à ce but. Nous rapportons assez de faits (*Obs.* 3e, 5e, 10e) dans lesquels les chancres ont été le résultat de l'inoculation de la matière chancreuse, pour ne pas revenir sur ce sujet.

Nous avons aussi suffisamment répété l'inoculation de tout autre produit (*Obs.* 1re, 2e, 8e, etc.), pour avoir montré qu'ils ne communiquent aucune lésion. Eh bien ! telle est la distinction que l'on demande à l'observation ordinaire ; mais étant impuissante comme nous

l'avons démontré, cette observation doit être éclairée par la méthode expérimentale. Quel désagrément et quel danger pour le malade dont nous venons de parler (*Obs.* 8e) d'être obligé, à cause des opinions préconçues de son médecin, de subir un traitement mercuriel ! Du reste, ce que nous disons ici est l'opinion d'un Professeur distingué : on en jugera par ce fait.

Obs. 9e. — Ulcérations à la verge résultant du coït; traitement mercuriel commencé; inoculation, aucune ulcération; traitement bientôt suspendu : guérison.

Au N° 1 de la salle St.-Martin, était couché le nommé Guiloc***, entré à l'hôpital le 20 juillet 1836, et portant, disait il, depuis trois jours des chancres contractés au moment même du coït. M. le professeur Serre examina ces ulcérations situées près du frein du prépuce, et ne leur reconnut pas tous les caractères des chancres.

En effet, quoique fort récentes, ces ulcérations étaient superficielles ; leur couleur, quoique un peu jaunâtre, n'avait pas ce fond grisâtre dont nous avons parlé, et leur base n'était pas indurée ; néanmoins des pilules avec un 10e de sublimé furent ordonnées. Pour reconnaître la nature de la maladie, nous eûmes recours à l'inoculation, et cette fois encore elle vint confirmer les prévisions du chirurgien en chef, car aucune ulcération n'en fut le résultat. Aussi le traitement fut bientôt suspendu ; et à peine le malade avait pris quelques pilules que déjà les ulcérations étaient fermées depuis plusieurs jours, et qu'il obtint son billet de sortie le 17 août suivant.

Ce fait sert de complément au précédent. Dans celui-ci (*Obs.* 8e), nous avons la certitude de la nature purement inflammatoire des plaies, et l'inoculation vint ajouter sa

puissance démonstrative à celle de la connaissance déjà acquise de leur cause ; aussi aucun traitement antisyphilitique ne fut ordonné. Dans celui-là (*Obs.* 9e), les caractères douteux des ulcérations et les circonstances un peu suspectes au sein desquelles elles s'étaient montrées, forcèrent le chirurgien en chef à commencer un traitement que la rapidité de la cicatrisation et les résultats négatifs de l'inoculation firent bientôt suspendre. Telle est la conduite de tout praticien en pareille occasion ; mais il est des circonstances bien plus graves où l'inoculation peut, ce nous semble, rendre des services précieux.

Le médecin est appelé devant les tribunaux à décider de la nature de maladies réputées syphilitiques. Dans un cas de *viol*, par exemple, il ne pourra asseoir qu'en tremblant son jugement sur des symptômes extérieurs, dont la plupart des praticiens s'accordent à reconnaître la variabilité et l'insuffisance. En ces cas litigieux de médecine légale, inoculez la matière des ulcérations suspectes, et vous sortirez d'embarras d'une manière démonstrative pour tout le monde.

Le diagnostic des ulcérations des organes génitaux a été rendu difficile non-seulement par les idées exagérées des anciens sur la nature de toutes les maladies vénériennes, mais encore par les distinctions nombreuses qu'on a voulu établir parmi les ulcères syphilitiques eux-mêmes. Ainsi, le chancre subit dans son développement une série de transformations dont nous parlerons bientôt. Si on l'étudie à telle ou telle autre phase de son évolution et de sa marche, on sera tenté d'en faire plusieurs espèces différentes. Les erreurs de ce genre proviennent encore des changements amenés par la position anatomique de l'ulcère. Celui du gland est, en général, arrondi,

excavé, induré (*Obs.* 5e) sur une peau molle et un tissu cellulaire lâche; le fond est, au contraire, plus élevé; les bords dépassent le niveau des téguments ambiants; la base est dure, bien circonscrite, et forme souvent une espèce de nodus mobile que Bell a comparé avec raison à un pois coupé en deux (*Obs.* 9e); sur le fourreau et à la base de la verge, le chancre est superficiel, large, etc. (*Obs.* 1re).

Suivant qu'un vaisseau lymphatique, un ganglion, un follicule sébacé, une plaie par déchirure, etc., en devient le siége, on a au début une pustule, une ulcération chancreuse, ou un abcès tuberculeux, ou un chancre ouvert au même instant. Ainsi, les chancres ont une forme arrondie à la cuisse (*Obs.* 3e, 4e, etc.), au mollet, qu'ils perdent à la partie antérieure de la jambe, là où le tissu cellulaire plus adhérent en plusieurs endroits ne permet à la peau ni de s'étendre, ni de se laisser détruire facilement par le mouvement inflammatoire. Ces différences, dont nous pourrions montrer la multiplicité en parcourant les diverses parties du corps, ne tiennent donc pas à la nature particulière de l'ulcère, comme le font entendre ceux qui, avec Evans, les désignent sous les noms différents d'*ulcus elevatum*, *ulcus excavatum*, etc. Appuyons ce que nous venons d'avancer par une preuve plus directe encore.

Obs. 10e. — Chancres et bubons; inoculation, chancres; sublimé: guérison.

Caden..., âgé de 28 ans, d'un tempérament lymphatique, soldat au 2e régiment de chasseurs d'Afrique, avait connu une femme depuis douze jours, quand il vit se manifester en arrière et au côté gauche de la couronne du gland, des chancres suivis, quinze jours après, d'un

bubon à l'aine gauche, pour lesquels il entre à l'hôpital de Marseille, où il ne prend pas le traitement prescrit. Le mal existait depuis trois mois, lorsque Caden...... se rend à l'Hôtel-Dieu le 25 juillet 1836 (au 91e jour de la maladie). Situés près du frein du prépuce, les chancres sont élevés *en forme de champignons*, fort humides et d'une couleur lardacée. (Saignée du bras, pilules de sublimé, bains.) Le lendemain, d'après les conseils du professeur Serre, nous pratiquâmes à la cuisse gauche deux piqûres avec la matière sécrétée par les chancres, et l'une d'elles après avoir plongé la lancette dans une solution de chlore.

Le jour suivant, les piqûres, surtout celle faite avec le chlore, sont jaunâtres au centre, rouges au bord, et un jour après elles déviennent *saillantes*, enflammées et reposent sur une base engorgée. Bientôt elles *s'élèvent* davantage, se recouvrent d'une croûte noire, qui, s'étant détachée au 9e jour, laisse voir deux ulcères *arrondis, élevés en forme de champignons*, à fond lardacé, très-suppurants, caractères plus prononcés encore dans celui pratiqué avec le chlore. Pendant ce temps, les chancres de la verge n'ont rien perdu de leur aspect jaunâtre, mais ils se sont rétrécis. Le 10 août, les chancres du pénis sont resserrés, *élevés*, humides; ceux de la cuisse sont *élevés*, *jaunâtres*, fort suppurants, etc. Le 17 août, les ulcères de la verge sont moins jaunâtres, ils sont parsemés de bourgeons charnus; ceux de la cuisse sont saillants, arrondis. Le 25 août, les chancres de la cuisse sont *rétrécis, déprimés*, et ont perdu leur *fond jaune*; ceux de la verge ont acquis la coloration rosée des tissus environnants. En peu de temps, tous les ulcères deviennent superficiels, rosés, granulés; ils cicatrisent solidement. Le traitement est encore continué pendant quelques

jours, et Caden.... quitte l'hôpital le 19 septembre 1836, après avoir pris 27 grains de sublimé.

Quels faits plus favorables à l'opinion d'une spécialité propre à l'*ulcus elevatum* que ceux de ce genre? L'inoculation opérée avec la matière puriforme d'un chancre situé à la verge, a produit deux autres chancres tout-à-fait semblables en un lieu éloigné; ne semble-t-il pas que la forme même est transmissible? Mais, d'après les remarques exposées déjà, cette assertion ne peut être adoptée, car tous les ulcères de la cuisse y revêtent la même forme, quelle que soit celle du chancre générateur (*Obs.* 3, 4, 5, 6, etc.). Chez le militaire de l'Observation 5e, les chancres *excavés de la verge* ont donné naissance *sur la cuisse* à des chancres *d'une forme opposée*. Ce qu'il y a de plus frappant, c'est le développement des chancres inoculés à la cuisse de notre dernier malade : d'abord *saillants*, *en forme de champignons*, durant près de trois semaines, ils sont devenus ensuite *excavés*, de sorte que l'*ulcus elevatum* s'est transformé en *ulcus excavatum*. Doit-on admettre après cela, avec Carmichaël et Rose (1), que ces espèces ou ces variétés prétendues de chancres sont dues à des virus différents? Doit-on dire avec Swédiaur (2) que le virus varie d'âcreté et produit des ravages analogues à ses qualités diverses? Nous ne saurions le penser, car l'ulcère syphilitique est, comme nous le démontrons, sans variétés. La position du chancre, la constitution plus ou moins robuste et l'âge du malade, la malpropreté, les topiques irritants, la sympathie d'un organe phlogosé, de l'estomac, par exemple (Lagneau), en rendent compte et doivent servir de guide dans les modifications thérapeutiques qu'elles entraînent.

(1) Obs. sur le trait. de la syphilis, etc.
(2) Ouvrage cité, p. 274.

Une cause de méprise, disons-nous, se trouve dans la marche des chancres : ainsi, chez notre dernier malade, les chancres de la cuisse ont une base indurée, un fond couenneux et des bords saillants pendant près d'un mois ; alors le centre est devenu superficiel, rosé, granuleux et moins humide. Telles sont aussi les transformations que nous avons observées dans la majorité des faits soumis à notre examen. Durant la seconde période, ou période de cicatrisation, les chancres ne peuvent être transmis à une autre partie par l'inoculation : témoin les essais tentés sur le militaire de notre Observation 5e, chez lequel les chancres de la verge, datant de huit jours et offrant les caractères de l'ulcère récent, ont propagé des chancres à la cuisse par l'inoculation ; tandis que, plus tard, quand les ulcères ont repris l'aspect de leur deuxième période, l'inoculation a été sans résultat.

Cependant, chez notre dernier malade (*Obs.* 10e), le chancre générateur datait déjà de trois mois, et il a communiqué des chancres par l'inoculation ; mais il conservait encore tous les caractères de l'ulcère aigu et récent, auxquels se lie sans doute la propriété contagieuse. La première période ou de développement des chancres se termine, il est vrai, du 15e au 30e jour. Toutefois il n'y a rien d'absolu dans les maladies vénériennes, pas plus que dans toutes les autres, et l'on répète tous les jours, avec raison, qu'une lésion peut être de date récente et de marche chronique, tandis que la même maladie, chez un autre individu, peut être de date ancienne et de marche fort aiguë. Tels ont été, dans notre dernière Observation, les caractères des chancres de la verge.

Nous venons récemment de répéter les mêmes expérimentations dont nous croyons convenable de signaler les principales :

Obs. 11e. — Chancres depuis 14 jours ; inoculation, chancres.

Au N° 3 de la salle Saint-Maurice, un militaire présentait un chancre à la verge depuis 14 jours, le 13 janvier 1851. L'inoculation est pratiquée deux jours après ; un chancre en est le résultat. Le malade n'avait été soumis à aucun traitement.

Obs. 12e. — Chancres depuis 13 jours ; inoculation, chancres.

Au N° 2 de la même salle, un malade est soumis à l'inoculation, le 27 décembre 1850, avec le pus d'un chancre développé à la verge depuis 13 jours. Cet homme avait déjà pris 26 pilules de Sédillot. Le 29 décembre, une pustule chancreuse se montre au point de l'inoculation. Ce nouveau chancre est fortement cautérisé, et se trouve entièrement cicatrisé vingt-deux jours après.

Obs. 13e. — Chancres depuis 15 jours; inoculation, chancres.

Au N° 31 de la salle Saint-Côme est couché un soldat du 11e régiment d'artillerie, qui porte depuis 15 jours un chancre au prépuce. Je pratique l'inoculation à la cuisse gauche ; un chancre en est le résultat deux jours après, le 1er janvier 1851. Ce malade avait alors pris seulement 10 pilules de Sédillot.

Obs. 14e. — Chancres au pénil au 17e jour ; inoculation, chancres.

Un homme robuste porte depuis 17 jours des chancres à la base de la verge, et n'a fait aucun traitement, lorsque l'inoculation est pratiquée le 23 janvier 1851, et le 25 suivant un chancre en est la suite. Je dois faire remarquer, en passant, que le pus des chancres de cet homme me servit à inoculer des chancres dans l'ulcère cancéreux

d'un vieillard dont l'histoire nous occupera plus tard. C'était au 22e jour des chancres du vénérien que cette dernière expérimentation fut pratiquée.

Obs. 15e. — Chancres au 25e jour ; inoculation, chancres.

Au N° 9 de la salle Saint-Côme, un soldat du 55e régiment de ligne offre, au prépuce, un chancre qu'il fait remonter à 25 jours. Aucun traitement n'a été encore commencé. Deux jours après l'inoculation, un nouveau chancre s'est développé au lieu de cette dernière.

Néanmoins, vers la fin du premier mois, les ulcères marchent, en général, vers la cicatrisation et ressemblent de plus en plus aux plaies simples. Telle a été aussi la loi subie par les chancres de ce militaire, quand il a été soumis à un régime hygiénique et médicamenteux régulier.

Lorsque les chancres ont perdu leurs caractères primitifs, l'inoculation ne peut les reproduire en d'autres parties du corps. Après quinze ans d'intervalle, nous venons de vérifier l'exactitude de cette proposition, défendue du reste avec un grand talent par M. Ricord ; et voici quelques nouvelles preuves à l'appui.

Obs. 16e. — Chancres cicatrisant au 31e jour ; inoculation, nul effet.

Au N° 18 de la salle Saint-Côme est couché un jeune homme, entré à l'hôpital pour des chancres sur le prépuce datant de 31 jours. Le 27 décembre 1850, alors que le malade avait déjà pris 52 pilules de Plenck, l'inoculation avec le pus des chancres situés derrière le frein est faite à la cuisse gauche. Huit jours après, l'inoculation restait sans effet, comme plus tard. Cet homme sortit

entièrement guéri de ses chancres, après un traitement qui se prolongea jusqu'au 4 janvier.

Obs. 17e. — Chancres au 41e jour; inoculation, nul effet.

Au N° 22 de la même salle, un homme est atteint depuis 41 jours de chancres au prépuce. Le 26 décembre 1850, l'inoculation est pratiquée à la cuisse droite. Ce malade a déjà pris 78 pilules de Sédillot. Aucune altération n'est la suite de cette opération.

Ne pourrait-on pas expliquer par l'*absorption entière du virus* et son *transport* dans toute l'économie comment l'ulcère perd son aspect syphilitique primitif pour prendre celui des plaies ordinaires, et comment l'inoculation ne propage point alors le *virus entièrement absorbé?* Ce rapprochement de l'ulcère et de sa propriété rebelle alors à l'inoculation ne tendrait-il pas à démontrer qu'en cette circonstance le chancre primitif, comme l'ulcère consécutif qui ne s'inocule pas non plus (*Obs.* 17e et 21e), est une des expressions d'une infection générale? De cette manière, on voudrait rendre compte de l'impossibilité constante d'inoculer certains ulcères syphilitiques, qui ont amené plus tard des symptômes secondaires: en voici un exemple.

Obs. 18e.— Chancres primitifs depuis trois semaines; inoculation quatre fois répétée sans résultat; traitement mercuriel: guérison temporaire.—Quinze jours après, pustules à l'anus, ulcères à la bouche; nouvelle inoculation de ces derniers sans effet; sublimé: guérison complète.

Bar... (Didier), âgé de 29 ans, d'un tempérament sanguin, soldat au 2e régiment du Génie, s'étant déchiré, pendant le coït, le filet de la verge, y vit paraître en peu de jours un chancre très-douloureux, ayant un fond *déprimé*, *lardacé*, qui se modifia successivement; car, au

bout de trois semaines, lorsqu'il se rendit à l'Hôtel-Dieu le 15 avril 1836, l'ulcère recouvrait toute la longueur et les côtés du frein du prépuce : il avait une forme presque carrée, reposait sur une base dure, sécrétait un liquide citrin, abondant et légèrement visqueux, était tout-à-fait superficiel, rosé, et ressemblait beaucoup aux plaies ordinaires. (Pilules de sublimé.) Nous tentons de reproduire ces ulcères sur la cuisse au moyen de deux piqûres qui se ferment solidement et rapidement. Après dix jours d'attente, rapportant cet insuccès de l'inoculation à quelque défaut de soins de notre part, nous pratiquons deux nouvelles piqûres qui se ferment aussi promptement que les premières. Un mois s'écoule, et l'ulcère de la verge n'a encore éprouvé aucun changement heureux, quand nous le cautérisons avec le nitrate d'argent; dès-lors la cicatrisation acquiert de l'activité, les bords du chancre se rapprochent, le centre prend la couleur rosée de la peau voisine, il se dessèche en quelque sorte, et, le 30 mai suivant, il reste seulement la dureté de sa base.

Dès-lors, Bar...., se considérant comme guéri complètement, néglige son traitement, et quitte l'hôpital le 15 juin, étant supposé avoir avalé 200 pilules de sublimé et n'en ayant pris en réalité que 120. A peine sorti, Bar... se livre à ses travaux et à ses excès antérieurs, et sent huit jours après (28 juin) des pustules à l'anus, et plus tard (1er juillet) des ulcères à la bouche, pour lesquels il entre à l'hôpital le 5 août 1836, au 40e jour de la maladie. Situés à la lèvre inférieure et à la face correspondante de la langue, les ulcères ont une forme ovulaire, sont pour la plupart tapissés par une pseudo-membrane argentine, peu luisante, cernée de tissus rouges mais non indurés. (Pilules de Plenck.) Avec le muco-pus des ulcères buc-

caux et celui des pustules, nous pratiquons à la cuisse des piqûres qui se ferment en quelques heures. Peu de temps après, les ulcères se confondent avec les tissus voisins; mais ils reprennent les caractères inflammatoires déterminés par l'usage de la pipe, dont le malade ne veut pas se priver. Ces ulcères s'effacent et se montrent à plusieurs reprises, suivant que Bar.... cesse ou reprend l'usage de la pipe. Enfin, sous l'influence d'un régime sévère continué durant plusieurs semaines, les ulcères disparaissent, les pustules s'aplatissent et s'effacent, et Bar... quitte l'hôpital le 8 octobre 1836, après avoir pris 130 pilules de Plenck.

L'ulcère primitif présenté d'abord par ce malade était large, superficiel, granuleux, caractères qui nous eussent fait douter de sa nature syphilitique si les circonstances commémoratives ne l'eussent rendue patente. Cependant, pour la première fois l'inoculation ne nous réussissait pas, et les piqûres étaient fermées en 48 heures; nous revînmes plus tard à une nouvelle tentative sans être plus heureux. Nous dûmes étudier si cette particularité ne tenait pas aux changements matériels que subissait le chancre, et, dans ce but, nous renouvelâmes l'inoculation chez plusieurs autres malades (*Obs.* 6ᵉ); et nous fûmes bientôt assuré que nous avions saisi ce point du problème.

D'après cela, le fond lardacé de l'ulcère serait donc le caractère apparent le plus propre à reconnaître non-seulement la période actuelle du chancre, mais encore la nature syphilitique des ulcérations récentes qui se montrent aux parties génitales. Ce phénomène matériel n'est pas suffisant pour distinguer dans tous les cas les chancres des autres ulcérations, puisqu'il s'efface en général après les premières semaines, pendant lesquelles

le praticien est souvent appelé à faire courir à son malade les chances d'une infection dangereuse ou celles d'un traitement spécifique.

Comment donc reconnaître, nous dira-t-on maintenant, le chancre parvenu à sa période de cicatrisation? Comment le distinguer des ulcérations diverses des organes sexuels, lorsque l'inoculation et les caractères matériels sont insuffisants? La réponse que nous croirions devoir faire, nous entraînerait trop loin du sujet dont nous traitons, c'est-à-dire de l'étude de l'inoculation; nous avons à montrer les cas dans lesquels elle peut éclairer le diagnostic, ceux où elle donne des résultats positifs, ceux enfin où elle n'en donne que de négatifs, dernier point dont nous avons à nous occuper encore, et pour cela il est nécessaire de rappeler nos premières propositions. Sur plus de cent cas d'inoculation de la matière blennorrhagique, avons-nous dit, presque aucun ne nous a procuré de chancres: ce qui entraînerait pour conséquence que dans la majorité des cas la blennorrhagie n'est pas infectante, ou n'est pas accompagnée de chancres dans le canal de l'urètre; et nous sommes parfaitement d'accord avec M. Ricord sur ce point comme sur plusieurs autres. Mais il s'agit d'établir maintenant une distinction importante, dont nous ne pouvions parler alors que nous n'avions pas encore développé nos idées touchant les chancres, distinction fondée sur l'époque à laquelle l'inoculation de la blennorrhagie est opérée.

On le sent facilement, si les chancres extérieurs des parties génitales perdent vers le vingtième jour la propriété de se communiquer par l'inoculation, ceux situés dans le canal de l'urètre ne doivent pas faire exception à cette règle. Aussi avons-nous eu toujours le soin de

demander aux malades l'époque précise du début de leur blennorrhagie, et l'avons-nous soigneusement indiquée dans les faits que nous avons cités. Ces remarques nous ont fait prévoir d'avance les résultats négatifs de l'inoculation avec la matière des chancres et de l'urétrite réunis chez le même individu.

Obs. 19e. — Chancres et blennorrhagie depuis un mois ; inoculation, aucune ulcération : guérison.

Massel..., âgé de 27 ans, d'un tempérament sanguin, soldat au 12e régiment de chasseurs, vit paraître une blennorrhagie quatre jours après le coït, et des chancres au bout de dix-huit jours. Il n'avait encore fait aucun traitement, quand il se rend à l'hôpital, un mois après, le 25 mai 1836. Quoique assez vivement enflammés, les chancres avaient une couleur rosée ; la blennorrhagie était abondante et visqueuse. Prenant avec une lancette la matière blennorrhagique, et avec une autre lancette celle des chancres, nous la poussons sous la peau de la cuisse ; en même temps une saignée du bras est ordonnée, ainsi que des pilules de sublimé. Le lendemain, les piqûres faites à la cuisse sont fermées ; les douleurs urétrales et l'abondance de l'écoulement exigent l'application de 35 sangsues au périnée. Mais bientôt cet état inflammatoire cède peu à peu, les chancres se cicatrisent, la blennorrhagie tarit, et Massel... quitte l'hôpital le 10 juillet suivant.

Ainsi, chez ce malade, on aurait pu croire, par l'abondance du fluide blennorrhagique, l'intensité de la phlogose urétrale et celle des chancres, que la maladie conservait tous les caractères primitifs ; mais le temps déjà écoulé depuis le développement morbide, et l'aspect des chancres, nous portèrent à penser autrement, et nous

firent prévoir les résultats négatifs de l'inoculation. Sans doute la présence d'un chancre dans l'urètre peut entretenir la blennorrhagie; mais l'inoculation ne saurait l'annoncer quand la période d'évolution est passée, et que le chancre a perdu sa propriété contagieuse. Aussi, malgré les preuves négatives soumises par la méthode expérimentale, le traitement mercuriel a été poursuivi à cause de la considération dont je parle, et des circonstances très-suspectes au milieu desquelles la maladie avait été contractée. Ces remarques sont, ce nous semble, de la plus haute importance; elles donnent la clef des dissidences élevées parmi des syphiliographes très-considérés, qui ont émis sur les résultats de l'inoculation des opinions en apparence fort opposées. Tous ont cité des faits, et des faits nombreux, à l'appui de leur manière de voir; ce qui a dû jeter de l'obscurité et de la défiance sur la méthode expérimentale. Ainsi, Bru (1) soutient avoir inoculé le pus provenant de toutes les maladies vénériennes et n'avoir obtenu aucun effet; Hunter avance (2) que les ulcères et les autres symptômes consécutifs ne s'inoculent pas; MM. Cullerier et Ratier, tout en reconnaissant que l'on peut ainsi transmettre les symptômes syphilitiques, rejettent ce moyen, parce qu'il peut manquer le but proposé, par défaut de certaines conditions, etc.

Ces sentiments contradictoires ont été signalés avec soin par les partisans de l'Ecole dite physiologique, qui ont cherché ainsi à détruire la valeur que l'on doit attacher à l'inoculation; mais il est facile de démontrer pourquoi ces opinions, opposées en apparence, sont au fond associables. Si nous faisons voir le fil qui les lie naturellement, ces faits opposés se grouperont en notre faveur;

(1) Nouv. méth. de trait. malad. vénér., p. 46.
(2) Ouv. cit., p. 309.

ces opinions divergentes viendront s'ajouter aux preuves que nous avons données, de toute leur puissance.

Nous insistons sur ce point de la question, parce qu'il nous paraît renfermer l'appréciation de tout un système médical, et nous ne saurions trop le répéter. Si la matière des chancres s'inocule et produit d'autres chancres, cette matière a quelque chose de plus qu'une propriété irritante, et ce quelque chose est appelé *virus*. Eh bien! les faits et les expériences publiés se rallient dans notre conception : certains auteurs ont inoculé la matière blennorrhagique et celle des chancres, après l'époque de leur virulence locale, et alors ils n'ont obtenu aucune ulcération ; circonstance qui devait, en effet, leur paraître étrange et contradictoire, quand, inoculant les mêmes produits morbides, mais à leur début, ils faisaient développer des ulcères syphilitiques bien prononcés.

Ainsi, l'on expliquera comment Bru lui-même (1), dont les affirmations nous paraissent les plus exagérées, a dit que le virus vénérien n'a pas généralement la vertu contagieuse. De cette manière encore, l'on se rendra raison des paroles de M. Devergie (2) : « J'ai répété, dit-il, ces expériences avec le pus provenant des écoulements de l'urètre, des ulcères du gland, des bubons, des ulcères chroniques ; j'ai presque toujours échoué dans mes tentatives. Le pus seul des chancres de la verge a donné lieu, chez divers individus, à des ulcérations de nature bénigne, qui ont nécessité pour les guérir de simples soins de propreté. »

Dans ses tentatives, où il n'a pas toujours échoué, M. Devergie a obtenu *avec le pus seul des chancres* des ulcérations. Tel est aussi le résultat de nos propres

(1) Ouv. cit., p. 61.
(2) Ouv. cit., p. 10.

essais, et nous nous sommes attaché à démontrer l'innocuité de tout pus qui ne provient pas d'un chancre primitif. Ce sont, il est vrai, des ulcérations bénignes dont parle l'auteur; mais celui qui n'ignore pas ses idées sur les ulcérations vénériennes, dont il mesure en quelque sorte la gravité par l'étendue, saura ce que signifie le terme *ulcérations bénignes*. Nous ne parlerons point du traitement ou des soins de propreté qui ont suffi pour guérir ces ulcérations; l'Ecole dite physiologique n'en employait guère d'autres, et l'on voit tous les jours de véritables chancres disparaître sans traitement spécifique (*Obs.* 21ᵉ, 23ᵉ, etc.). Les praticiens ne pensent pas, pour cela, avoir guéri le malade de la syphilis.

La possibilité de l'inoculation des chancres pendant leur première période seulement est tellement vraie, que certains auteurs, antagonistes de la méthode expérimentale, ont prétendu que le pus de toutes les maladies vénériennes *à l'état aigu* détermine des ulcérations par l'inoculation. Nous ne reproduirons point ici l'énumération des expériences nombreuses que nous avons tentées et sans résultat ulcératif avec ce pus, à toutes les époques et à tous les états du mal; toutefois, comme il s'agit d'une objection sérieuse en apparence, nous ne saurions négliger toute preuve en notre faveur.

Obs. 20ᵉ. — Blennorrhagie depuis trois jours; inoculation, aucune ulcération : guérison.

Thom..., âgé de 29 ans, d'un tempérament sanguin, soldat au 2ᵉ régiment du Génie, est atteint, deux jours après le coït, d'une urétrite intense qu'il porte depuis six jours lorsqu'il se rend à l'hôpital le 27 juin 1836. Nous pratiquons l'inoculation de la matière blennorrhagique, et aucune ulcération n'en est la suite. L'usage de

l'opiat balsamique fait progressivement perdre à l'écoulement de son abondance; mais, à la suite d'un bain local trop chaud, la verge se tuméfie et l'écoulement reprend une grande intensité. (Saignée du bras, émulsion.) Cette recrudescence se dissipe bientôt; la blennorrhagie diminue chaque jour, cède complètement à deux injections avec le nitrate d'argent, et Thom... quitte l'hôpital après deux mois de séjour.

Il est impossible d'admettre, d'après ce fait, que les ulcérations communiquées par l'inoculation sont dues à l'état aigu et récent de la maladie. L'inoculation a été pratiquée ici, au troisième jour, avec une blennorrhagie intense. D'ailleurs, employée au huitième jour, n'a-t-elle pas donné des chancres (*Obs.* 6e), tandis que ce résultat n'a pu être atteint chez beaucoup d'individus dont la maladie datait de quatre à six jours? Nous voyons encore dans l'Observation 8e la matière de prétendus chancres, datant à peine de trois jours, ne fournir aucune ulcération par l'inoculation. Ce même résultat négatif a eu lieu chez le malade de l'Observation 7e, où les supposés chancres existaient depuis quatre jours seulement. A ces faits joignez en ce moment ceux si nombreux que nous avons seulement énumérés dans l'article précédent, et vous serez convaincus avec nous du peu de fondement de l'objection que nous combattons.

Les antagonistes de la méthode expérimentale ont soulevé des arguments qui portent à la vérité sur une autre partie des symptômes vénériens, et laissent par conséquent intactes les preuves que nous venons de résumer, mais qui méritent cependant le plus vif intérêt. Ils ont rappelé les expériences de plusieurs médecins,

de Hunter en particulier, qui ont contesté l'impossibilité d'inoculer les ulcères et les autres symptômes consécutifs. Avant de nous engager dans les discussions dont ce point de la question deviendra le sujet, disons que nous avons obtenu des résultats qui, loin de renverser notre manière de voir, viennent à l'appui des raisons dont nous cherchions tout-à-l'heure à démontrer l'exactitude.

Obs. 21e. — Pustules et ulcères consécutifs; inoculation, aucune ulcération : guérison.

Aub..., âgé de 24 ans, d'un tempérament lymphatique, caporal au 10e régiment d'infanterie légère, contracta, au tour de la base du gland, en janvier 1836, des chancres pour lesquels il ne fit aucun traitement, et qui néanmoins disparurent trois semaines après. Au mois de mars de la même année, et sans s'être exposé à une nouvelle contagion, Aub.... voit paraître des taches cuivreuses sur tous les membres, des pustules nombreuses au périnée; il éprouve des douleurs principalement dans le tibia gauche. Au mois de juin suivant, il sent des ulcères au voile du palais, et il vient à l'Hôtel-Dieu le 22 juin 1836. Situées à la face interne des joues, sur le voile du palais et sur les amygdales, les ulcères ont un fond déprimé, suppurant et une base peu engorgée. Rangées autour de l'anus, les pustules ressemblent assez aux cotylédons placentaires. Nous pratiquons l'inoculation de la matière puriforme sécrétée et par les ulcères et par les pustules, et nous ne pouvons obtenir d'ulcération. Bientôt le malade est soumis à un traitement anti-phlogistique, puis aurifère et enfin mercuriel, et au bout de trois mois d'ulcérations, de recrudescence et d'amélioration, Aub... se trouva complètement guéri, après avoir pris 15 grains d'oxide d'or et 17 grains de

sublimé. Ainsi, chez ce militaire et chez bien d'autres soumis aux mêmes conditions (*Obs.* 18e), les ulcères consécutifs n'ont pu se communiquer par l'inoculation. Tel est le résultat obtenu par tous les expérimentateurs (1). Nous avons vérifié cette proposition dans un cas d'ulcère considérable du cuir chevelu.

Obs. 22e. — Ulcère étendu du cuir chevelu ; inoculation, nul effet.

Au N° 4 de la salle Saint-Côme est placé un soldat du 18e régiment de ligne, venant de Paris où il a été traité, dans l'hôpital du Gros-Caillou, pour une syphilis constitutionnelle. Selon les renseignements qu'il nous fournit, cet homme aurait pris seulement 2 grammes d'iodure de potassium. Actuellement (14 janvier 1851), ce militaire porte au sinciput un ulcère très-étendu et évidemment syphilitique. Au moyen du pus de cet ulcère, je pratique l'inoculation ordinaire, qui ne détermine aucun effet.

Ce résultat vient prouver que le chancre transmis par l'inoculation n'était pas dû à l'état aigu et inflammatoire du mal générateur; car, bien que très-enflammés par suite du voyage que ce militaire venait de faire pour se rendre à Montpellier, les pustules et les ulcères n'ont pu être communiqués. Cette surexcitation morbide, causée par les fatigues de la marche, céda bientôt aux émissions sanguines, et les ulcères reprirent le fond superficiel et rosé propre à ces sortes de symptômes syphilitiques. Toutefois, ce sont aussi les caractères des chancres primitifs à leur seconde période, rapprochement favorable à l'opinion, que les chancres primitifs à leur seconde période annonceraient une maladie entièrement générale, en ce que le virus a été entièrement absorbé :

(1) Ricord, ouvr. cit., p. 477.

absorption démontrée par l'impossibilité de reproduire les chancres au moyen de l'inoculation pratiquée durant cette période.

Il nous semble entendre nos antagonistes nous demander pourquoi, si le virus absorbé va produire sur des régions éloignées des ulcères consécutifs, ces derniers ne se communiquent pas au moyen de l'inoculation. Nous sentons la force de l'objection, et nous ne cherchons pas à l'affaiblir en invoquant des subtilités qui nous jetteraient loin de notre but. Nous nous contentons d'exposer un résultat constant pour tous les symptômes consécutifs, que, nous le répétons, nous n'avons pu transmettre par l'inoculation. Par cela même qu'elles sont l'expression de l'observation, ces vérités sont dignes de l'attention du médecin; elles lui permettront de reconnaître pourquoi, en certains cas, les ulcères de la bouche, du mamelon, etc., se sont communiqués par le contact, tandis qu'en d'autres cas le contact a été innocent; elles lui serviront à expliquer ces sortes de faits, dont nos antagonistes se prévalent pour annoncer qu'il n'y a rien de certain dans la méthode expérimentale. Il arrive, en effet, dit-on, que des personnes contractent des chancres à la langue, à la bouche, par des attouchements avec la bouche, la langue, le mamelon, etc., d'autres personnes affectées d'ulcères consécutifs qui deviennent la source de chancres primitifs et récents, siégeant soit au mamelon, à la langue, dans la bouche ou à toute autre partie. Prenez le pus des chancres primitifs et récents, et l'inoculation les communiquera à la langue, à la bouche, etc. Ces derniers chancres, résultat de l'inoculation, se transmettent, à leur tour, comme nous l'avons souvent exposé, quand ils se trouvent aux parties sexuelles.

Disons donc en terminant avec Hunter (1) : « Les plaies qui étaient imprégnées de la matière du chancre devinrent des chancres très-caractérisés, mais les autres se cicatrisèrent. J'ai réitéré plusieurs fois cette expérience, et les effets ont toujours été les mêmes. » Ajoutez encore : les chancres et les ulcères syphilitiques ne varient point de nature pour être situés sur telle ou telle autre partie du corps ; les incertitudes des praticiens à leur égard peuvent être dissipées par l'inoculation.

§ IV. — *L'inoculation expérimentale démontre que les symptômes consécutifs ne s'inoculent pas.*

Nous avons déjà dit, en parlant des ulcères consécutifs, que les symptômes syphilitiques, secondaires ou constitutionnels, dépendent d'une maladie antérieure, et que cette dernière coexiste toujours avec des chancres. Mais énoncer une proposition n'est pas en démontrer l'exactitude, surtout lorsqu'elle offre plusieurs points de vue à considérer. Ce n'est pas assez, en effet, de prouver que les ulcères dépendant d'une première maladie syphilitique ne peuvent être transmis par l'inoculation ; car il reste encore plusieurs autres symptômes de cette nature sur lesquels nous ne devons pas taire les résultats de la méthode expérimentale. Aussi venons-nous compléter ce point de notre sujet, et montrer que les pustules, les végétations et les excroissances, qui sont de tous les symptômes secondaires les plus fréquents, ne peuvent être communiqués par l'inoculation. Comment en serait-il autrement, lorsque le symptôme le plus généralement reconnu comme exprimant une infection, l'ulcère, donne un pareil résultat négatif ? Comment les autres symptômes syphilitiques, sur lesquels on est moins bien

(1) Ouvr. cit., p. 309.

d'accord, seraient-ils soumis à des lois différentes? Mais, avant toute discussion à cet égard, laissons parler les faits.

Obs. 23e. — Pustules à l'anus, chancres secondaires à la verge; inoculation, aucune ulcération; sublimé : guérison.

Jean Bér...., âgé de 25 ans, d'un tempérament sanguin, soldat au 2e régiment du Génie, vit, au commencement de juin 1856 et un mois après le coït, paraître sur le prépuce un chancre qu'il garda pendant deux mois, durant lesquels il prit seulement deux grains de sublimé. A peine quinze jours s'étaient écoulés depuis cette apparente guérison, que, sans avoir connu de nouvelles femmes, Bér.... est atteint autour de l'anus de pustules suivies de douleurs intenses dont les exercices militaires augmentent la violence, et d'ulcères autour du gland et sur le prépuce; il vint alors à l'hôpital, le 12 septembre 1856.

Les ulcères dont il s'agit, situés à la couronne du gland et à la face interne du prépuce, sont superficiels, rosés, n'ont pas de base indurée, et sécrètent une faible quantité de muco-pus, dont nous tentons vainement de nous servir pour les transmettre à la cuisse au moyen de deux piqûres. Les pustules rouges autour de l'anus sont nombreuses, ressemblent à des espèces de bourses aplaties et élevées au-dessus de la peau voisine, ont une couleur blanc-grisâtre et fournissent un pus séreux assez abondant. Nous en recouvrons la pointe d'une lancette, avec laquelle nous pratiquons à la cuisse deux piqûres qui se ferment rapidement. Le malade, soumis d'abord à un régime anti-phlogistique, ensuite aux pilules de sublimé, voit ses ulcères se cicatriser en peu de temps, les pustules s'aplatir, disparaître et laisser seulement à leur place des rougeurs déjà effacées quand

il sort de l'hôpital, le 20 octobre 1836, après avoir pris 15 grains de sublimé.

Les pustules, disions-nous tout-à-l'heure, ne s'inoculent pas plus que les ulcères consécutifs; le fait dont nous parlons en est une preuve bien frappante. Ici, les pustules et les ulcères sont réunis chez le même individu, et les tentatives d'inoculation ont un résultat négatif et semblable. Nous ne répèterons pas ce que nous avons dit au sujet des ulcères; seulement nous ferons remarquer que ce fait est une preuve de plus à l'appui de ce que nous avons avancé. Toutefois, les ulcères, en annonçant, comme nous avons cherché à le démontrer, une maladie générale, viennent expliquer la nature des pustules qui ont paru peu de jours avant eux. Ce militaire avait gardé pendant deux mois un chancre primitif, pour lequel un traitement incomplet avait été commencé; deux semaines après, il se manifesta des pustules à l'anus, et bientôt des ulcères à la verge. Si ces derniers dépendent d'un chancre primitif et d'une infection, et si les pustules que l'on range assez généralement parmi les symptômes vénériens ont paru quelques jours avant les ulcères, ne doit-on pas admettre que ces deux symptômes sont liés à la même cause et sont de même nature? Quand ces pustules se montrent seules, isolées, au milieu de circonstances obscures, certains auteurs ont pu douter de leur nature syphilitique; mais ici un pareil doute nous semblerait dénué de fondement; les antécédents sont bien connus; la liaison des pustules et des ulcères consécutifs est trop évidente pour leur refuser la même cause.

Les pustules, chez ce militaire, au moins, sont donc de nature syphilitique. Cette fois encore l'inoculation en a été vainement tentée: certes, l'occasion était belle pour reconnaître si les maladies inflammatoires fournissent durant

leur état aigu, du pus capable de les reproduire au moyen de l'inoculation. Ce malade, avant d'entrer à l'hôpital, s'était livré aux exercices de son état, qui avaient singulièrement augmenté la phlogose des symptômes vénériens dont il était atteint. Les pustules nombreuses, épaisses, enflammées, fort suppurantes, réunissaient toutes les conditions propres à ce mode de transmission, et cependant en ce cas, comme en ceux que nous avons déjà rapportés (*Obs.* 21e), nos essais ont été infructueux. Il est encore d'autres points de cette question que l'observation doit nous apprendre.

Obs. 24e.—Pustules au fondement, végétations à la verge; inoculation, aucune ulcération. Plus tard, ulcères secondaires; pilules de Sédillot: guérison.

Servol...., âgé de 25 ans, d'un tempérament sanguin, contracta une urétrite et des chancres qui furent traités par les pilules de Sédillot. Deux mois après la disparition de ces symptômes primitifs, il fut atteint de pustules au fondement et de végétations autour de la verge, qui existaient déjà depuis deux mois quand il se rend à l'Hôtel-Dieu le 6 mai 1836. Prenant sur une lancette la matière puriforme sécrétée par des pustules et par les végétations, nous la poussons sous la peau de la cuisse, où nous ne pouvons faire développer aucune ulcération. (Régime anti-phlogistique, pilules de Sédillot.)

Sous l'influence de ce traitement, les végétations se flétrissent et tombent peu à peu, les pustules s'affaissent et sont presque complètement effacées, quand, le 9 juin suivant, il se développe à la couronne du gland des ulcères offrant tous les caractères des ulcères secondaires. Le traitement mercuriel est mal supporté, et le malade éprouve des coliques, de la diarrhée et enfin de la saliva-

tion, qui, en forçant à suspendre les pilules, prolonge son séjour à l'hôpital jusqu'au 10 juillet, époque à laquelle il s'est complètement rétabli.

Ce fait est fort analogue au précédent; seulement nous y voyons la coexistence d'un autre symptôme syphilitique, les végétations, qui doit être considéré comme se liant aux mêmes principes et étant de même nature. Cependant dans ce cas, dans le précédent et celui cité plus haut (*Obs.* 21ᵉ), la matière puriforme découlant des pustules n'a pu transmettre des ulcérations ou des symptômes semblables par l'inoculation. Ces résultats ont été obtenus de la même manière par tous les praticiens qui se sont occupés du sujet dont nous parlons. En annonçant aussi de pareils résultats, MM. Cullerier et Ratier (1) en sont étonnés, en ce que, disent-ils, ils ont observé quelquefois la transmission des pustules à la suite de la copulation. Nous partageons leur étonnement à cet égard, et nous sommes loin de ne pas ajouter foi à leurs propres observations. Toutefois, il est si difficile d'obtenir la vérité de la part des malades en pareille circonstance et de ne pas être induit en erreur, que nous serions porté à penser que les quelques faits observés par un auteur ne suffisent pas pour établir un principe opposé à la méthode expérimentale, qui est d'accord avec l'observation journalière sur le point fondamental de la transmissibilité des chancres.

Des faits en apparence contraires ont été rapportés par différents médecins; faits d'autant plus trompeurs que les praticiens avaient examiné, au moyen du spéculum, les femmes accusées d'avoir communiqué des chancres ou d'autres symptômes vénériens à des hommes parfaitement sains auparavant. Un cas de ce genre se présenta dans le service du professeur Delmas, à notre Dépôt de

(1) Dict. cit., art. *Inocul.*

police. La personne suspectée avait déjà été examinée par plusieurs médecins qui l'avaient déclarée saine, et l'habile professeur allait faire la même déclaration, quand il aperçut dans le col utérin une matière suspecte et enfin un véritable chancre primitif. Combien de cas semblables doivent faire penser à la transmission de la vérole par les symptômes secondaires ! Lorsqu'on songe à l'habileté et à l'attention nécessaires de la part de l'observateur, et à la manière dont les femmes sont examinées dans un grand nombre de circonstances, il est permis de s'en rapporter entièrement aux enseignements de l'inoculation.

Dans l'acte copulateur, nous dira-t-on sans doute, il y a un degré d'excitation et d'orgasme propre à rendre les tissus plus impressionnables, dont nous ne retrouvons pas de traces en dehors de lui. Mais a-t-il fallu, répondrons-nous à notre tour, une excitation quelconque pour transmettre la matière chancreuse par l'inoculation ? A-t-il fallu un orgasme pour que ce pus virulent infectât les points sains du prépuce avec lesquels il se trouvait en contact (*Obs.* 1[re])? Cet orgasme est-il nécessaire lorsque de la matière chancreuse introduite dans le canal de l'urètre au moyen d'une sonde y fait développer des chancres bien caractérisés? (B. Bell.) La blennorrhagie a-t-elle besoin de cet orgasme lorsqu'elle se communique au-delà de l'acte générateur et en des circonstances opposées, c'est-à-dire chez des individus exposés à la frayeur? Ce que nous disons ici ne serait peut-être pas compris, si nous ne rapportions brièvement le fait observé sous le célèbre Delpech. Tourmenté de l'idée qu'il avait une syphilis larvée, un jeune homme demandait instamment un traitement à l'habile praticien dont nous parlons. Fatigué de ne pouvoir obtenir l'objet de ses

désirs et poursuivi par la terreur d'un mal faisant des ravages dangereux et extérieurs, ce jeune homme prit à l'un de ses amis atteint d'urétrite de la matière blennorrhagique dont il recouvrit son méat urinaire. Bientôt effrayé de ce qu'il venait de faire, il essuie avec empressement la matière morbifique; mais en vain, il est atteint en peu de jours d'une urétrite violente. Peut-on trouver ici un orgasme? Ne doit-on pas, au contraire, y reconnaître un affaiblissement nerveux que toutes les affections morales tristes amènent? Nous sommes loin cependant de prétendre que l'excitation dont il s'agit est indifférente à la transmission des maladies vénériennes; nous pensons qu'elle favorise la propagation de celles seulement que nous avons montrées être aussi propagées par l'inoculation, car rien ne nous prouve que cet orgasme soit capable de donner à un symptôme vénérien ou à une maladie quelconque la propriété de se communiquer avec tous ses caractères. Cette question, du reste, est à peu près celle dont nous avons parlé au sujet de l'état aigu des maladies non virulentes, et nous avons montré que leurs produits morbides ne peuvent les propager. Examinons maintenant ce que la méthode expérimentale nous apprend touchant les végétations.

Obs. 25e. — Végétations considérables à la verge; inoculation, aucune ulcération; pilules de Sédillot : guérison.

Au N° 9 de la salle Saint-Vincent fut couché le nommé Blanchet..., âgé de 21 ans, d'un tempérament lymphatique, qui contracta au mois de novembre 1835 des chancres à la face interne du prépuce, dont l'extrémité du frein s'étant resserrée nécessita la circoncision. Peu de temps après cette opération, les plaies dont elle fut suivie se recouvrirent de végétations de plus en plus

volumineuses, et qui augmentèrent avec les excès de tout genre auxquels ce jeune militaire se livra. Enfin, l'impuissance des moyens employés, les progrès du mal et des douleurs dont il était la cause, forcèrent le malade à se rendre à l'Hôtel-Dieu le 24 mars 1836. Situées autour de la base du gland, les végétations forment une espèce de collerette très-épaisse, d'où s'échappe continuellement un liquide puriforme assez abondant dont nous recouvrons la pointe d'une lancette avec laquelle nous pratiquons une piqûre à la cuisse. Pour ne contrarier en rien les effets de cette inoculation, nous ne donnons aucun topique, aucun bain; cependant, au bout de 24 heures, les piqûres sont solidement fermées et ne se rouvrent plus. Après quelques jours de repos, Blanchet... prend les pilules de Sédillot et des bains locaux avec la liqueur de Van-Swiéten; mais la salivation dont il est atteint à plusieurs reprises forcent le professeur Serre d'en suspendre plusieurs fois l'usage. Cependant, malgré les cautérisations des végétations plusieurs fois répétées avec le nitrate acide de mercure, l'administration de 230 pilules de Sédillot et les bains avec le sublimé, Blanchet... est obligé de se soumettre à l'excision des végétations qui ont ressorti, et au mois d'août seulement il quitte l'hôpital.

Les végétations ne font pas exception à la loi dont nous cherchons à démontrer l'existence. Il est, en effet, évident, d'après ce cas et le précédent, que ce symptôme vénérien ne peut s'inoculer. Du reste, nous ne disons rien que les meilleurs observateurs n'aient déjà reconnu. Ainsi, les habiles syphiliographes dont nous avons parlé tout-à-l'heure se sont livrés aux mêmes expériences et ont obtenu les mêmes résultats que nous.

Mais, avant d'aller plus loin, il nous faudrait prouver que les végétations sont un symptôme propre à la syphilis; car elles ont été considérées comme pouvant se développer, au moins en des cas où la présence du virus ne pouvait être invoquée, et où les conditions pathologiques étaient purement inflammatoires. Nous n'agiterons pas toutefois cette question comme son importance le mériterait. Il est pourtant aisé de remarquer que, dans l'Observation 24e, les végétations se lient à l'existence de la syphilis, et sont vraiment des symptômes d'une infection. On ne peut le nier, ce nous semble, lorsqu'on les voit paraître avec les pustules dont la nature syphilitique est moins contestée; quand on ne perd pas de vue les symptômes primitifs offerts depuis peu de temps après un traitement incomplet; lorsque, enfin, on observe bientôt des ulcères secondaires développés autour du gland, et que, chez ce militaire, l'inoculation est vainement tentée pour faire développer des ulcères ou des symptômes semblables.

Ce fait nous donne le droit de croire que, chez nos derniers malades, le même symptôme est de même nature. En effet, n'avons-nous pas encore ici des symptômes primitifs, des chancres et un phimosis qui ont précédé de plusieurs mois l'apparition des végétations? Ici encore aucun traitement n'a été fait pour guérir la maladie première; nous devons donc regarder les végétations chez Blanchet comme étant de nature syphilitique et le résultat d'une infection. Ce qui rend enfin cette manière de voir très-rationnelle, c'est le résultat semblable de l'inoculation chez l'un et l'autre de ces deux malades, comme chez plusieurs autres dont nous ne pouvons parler plus au long. Du reste, les végétations fussent-elles regardées comme de nature inflammatoire,

elles viendraient à l'appui des propositions dont nous avons tant de fois vérifié l'exactitude ; elles prouveraient, en effet, que les produits des maladies inflammatoires ne s'inoculent pas et ne peuvent transmettre ces dernières lésions; car, chez aucun malade, nous n'avons observé un état inflammatoire plus prononcé et des végétations plus vivaces, dont rendent raison les fatigues d'un long voyage fait à pied pour se rendre à Montpellier, et le peu de ménagement que Blanchet... avait mis dans sa conduite. Il est encore un autre symptôme consécutif de la syphilis, les excroissances, dont nous avons recherché la nature par la méthode expérimentale. Parmi les faits que nous possédons à cet égard, voici l'un des plus saillants :

Obs. 26e. — Urétrite et excroissances à la verge ; inoculation, aucune ulcération ; sublimé : guérison.

Moric..., âgé de 25 ans, d'un tempérament lymphatique, soldat au 12e régiment de chasseurs, vient à l'Hôtel-Dieu, le 29 mai 1836, pour une urétrite existant depuis deux mois environ et s'étant montrée vingt jours après le coït, et pour des excroissances autour de la verge s'étant développées deux mois après l'urétrite. Le liquide puriforme dont cette espèce de boursoufflement du prépuce se trouve le siége, est assez abondant pour nous permettre de l'introduire sous la peau de la cuisse, au moyen de deux piqûres qui se ferment promptement et ne sont suivies d'aucun symptôme inflammatoire ni syphilitique. (Pilules de sublimé ; bains, etc.) Malgré l'emploi de 30 grains de sublimé, en deux mois de temps, les excroissances ne sont pas complètement effacées, et nous sommes obligé d'en exciser une partie. La blennorrhagie est en même temps rebelle au mercure et à l'opiat

balsamique qui lui est substitué ; et, le 17 août, Moric... est appelé au corps, quoique n'étant pas entièrement délivré de sa maladie.

Il est évident, pour nous et pour la majorité des médecins, que les excroissances sont ordinairement des symptômes secondaires de syphilis. Peut-on en douter chez notre malade, lorsqu'une blennorrhagie nullement soumise à un traitement convenable a précédé de quelque temps la manifestation des excroissances ? Nous avons reconnu, il est vrai, que peu d'urétrites sont syphilitiques, c'est-à-dire accompagnées de chancres dans le canal de l'urètre ; mais nous avons montré aussi des cas où la blennorrhagie était chancreuse (*Obs.* 21e, 23e), d'autres (*Obs.* 2e, 18e, 24e, etc.) où les chancres négligés sont devenus la cause fréquente de symptômes consécutifs. Ne doit-on pas être persuadé après cela que lorsque ces derniers se montrent à la suite d'une seule urétrite négligée, celle-ci est infectante ? Les excroissances syphilitiques dont il s'agit sécrètent un produit morbide semblable à celui des ulcères consécutifs, des pustules, qui, dans tous ces cas, ne peut se transmettre par l'inoculation.

Ici au moins l'expérience journalière de MM. Ricord, Mairion et des syphiliographes est en harmonie avec les résultats de la méthode, et les auteurs n'avouent encore aucun fait de transmission des excroissances par la copulation. On nous dira peut-être que des femmes atteintes de pustules, d'excroissances ou d'ulcères consécutifs aux parties génitales, ont donné une blennorrhagie ; mais nous n'avons pas nié que la matière syphilitique secondaire (que l'on nous passe l'expression) ne pût agir comme un liquide âcre, irritant, tel que l'ichor cancéreux, les

lochies, les menstrues, etc. Il nous semble donc avoir prouvé l'exactitude de la proposition discutée dans cet article : L'inoculation expérimentale démontre que les symptômes consécutifs ne s'inoculent pas. Tel est le sentiment des praticiens qui ne se fondent pas seulement sur les résultats de l'inoculation. « La syphilis consécutive, dit M. P. Boyer (1), est une maladie non contagieuse, qui reconnaît pour cause la transmission accidentelle ou la transmission originelle de la syphilis. Mes recherches et mes observations m'ont toujours prouvé qu'elle ne pouvait pas se transmettre par le contact, et j'ajouterai que je connais plusieurs exemples de syphilides tuberculeuses végétantes dans lesquelles il y a eu contact sans infection. L'inoculation ne peut avoir lieu non plus ; elle occasionne des accidents résultat de l'irritation produite par le pus, mais elle ne donne pas la syphilis.» Nous pourrions signaler plusieurs cas à l'appui de ceux auxquels M. Boyer fait allusion. Récemment nous traitions depuis deux mois une femme atteinte d'un ulcère considérable au col utérin, de nature manifestement syphilitique, et que nous avions déjà cautérisé au moyen du nitrate acide de mercure. Néanmoins, cet ulcère avait encore assez d'étendue et un aspect vivace, quand cette femme eut des relations avec un homme jeune et nerveux qui ne contracta aucune maladie. Il existe des faits qui paraissent contraires à ceux dont nous venons de parler, mais qui, bien examinés, s'y conforment entièrement : en voici un exemple.

Obs. 27e. — Excroissances et blennorrhagie aiguë après 12 jours; inoculation, chancres.

Au N° 2 de la salle Saint-Côme est couché un soldat du

(1) Trait. mal. chir., 5e édit., T. II, p. 971. 1845.

1er régiment du Génie, atteint depuis douze jours de blennorrhagie, et de crêtes-de-coq depuis un temps indéterminé; il n'existe point de chancres. Du reste, nous n'affirmerions pas que ces excroissances ne fussent parsemées de petits ulcères, ou qu'il n'en existât pas entre eux à leur base; nous n'avions pas alors nos idées ou notre attention dirigées sur ce point. L'inoculation est pratiquée avec le liquide qui recouvre tout le gland, le 27 décembre 1850. Deux jours après apparaît une pustule; la cautérisation n'est pas employée, et bientôt un chancre se développe à la cuisse inoculée.

Ici il s'agit de symptômes aigus, et les excroissances sont, comme la blennorrhagie, un symptôme primitif; ce qui est rare, il est vrai. La surface de ces crêtes-de-coq était irrégulière, et laissait suinter, surtout de sa base, un pus jaunâtre, abondant, fétide, qui se mêlait à la matière de l'urétrite. Le chancre produit par l'inoculation est l'effet du virus de ces symptômes, et très-probablement de celui de la blennorrhagie, évidemment ici syphilitique, puisqu'elle existe avec des excroissances considérables du gland.

Après avoir partagé les idées que nous venons de défendre, un médecin distingué vient récemment de les combattre à la faveur d'observations cliniques et d'expérimentations (1). Le docteur Waller objecte aux résultats déjà signalés, que jusqu'à présent l'inoculation des formes secondaires de la syphilis n'a été faite que dans le but de s'assurer si elle pouvait produire un chancre primitif; que l'inoculation a été pratiquée sur des individus syphilitiques, et ordinairement sur le malade qui fournissait la matière inoculée. Il nous paraît

(1) Gaz. des hôp., 1851, p. 181-186.

d'abord peu plausible de communiquer la vérole à un individu parfaitement sain et dans un but non directement utile à cet individu, quoique MM. Ricord, Diday, Waller, etc., l'aient exécuté. En outre, l'inoculation a maintes fois démontré qu'un sujet atteint de différents symptômes syphilitiques (blennorrhagie, chancre, bubon, excroissances, etc.) n'est pas moins susceptible d'une nouvelle contagion par inoculation. Mais examinons les faits publiés par l'habile médecin de Prague. Tous les cas qu'il invoque et ceux rassemblés par M. le docteur Bouchut (1) nous semblent rentrer dans le sentiment général des praticiens par l'une des raisons suivantes. Il est très-difficile et fréquemment impossible de savoir toute la vérité quand il s'agit de maladies vénériennes, et surtout de la part des femmes ou des époux. Or, plusieurs faits invoqués par le docteur Waller s'expliqueraient aisément par l'hérédité ou par la préexistence d'une syphilis primitive chez la mère. La malade assurait qu'elle avait été infectée par un enfant... ; elle ne put déterminer le début de son mal de gorge... ; je n'ai pu avoir de renseignements sur la forme de son affection syphilitique pendant la vie, etc. etc. : telles sont les incertitudes de l'une des observations rapportées par le docteur Waller. Une autre renferme les assertions suivantes : Cette femme n'a jamais eu de maladie vénérienne ; ses deux maris n'ont jamais, dit-elle, contracté d'affection de cette nature... Dans d'autres cas, on ne voit pas de relation plausible entre les pustules de la bouche de la nourrice et celles des organes sexuels des enfants ; une affection antérieure et primitive, soit des parents, soit de la nourrice, est bien plus admissible. L'auteur n'est pas parfaitement sûr de l'absence de tout

(1) Gaz. méd. Paris, 1850, p. 296.

ulcère primitif au moment où les enfants ont été mis en rapport avec les nourrices.

Se fondant sur ce que la syphilis peut se transmettre par hérédité ou par l'allaitement, le docteur Waller en conclut que le sang est nécessairement virulent et contagieux. Mais, à ce titre, toutes les affections seraient aussi virulentes et contagieuses; car l'hérédité est tous les jours observée touchant les scrofules, le scorbut, la goutte, le rhumatisme, les dartres, le cancer, la phthisie pulmonaire, etc. Comment croire à la transmission des maladies syphilitiques par une femme qui n'en a aucun symptôme, et seulement à la faveur du sang d'une déchirure des parties génitales? Carmichaël et d'autres médecins qui relatent des faits de cette espèce se sont-ils servis du spéculum? Ont-ils constaté l'intégrité de la cavité utérine? Sont-ils sûrs de la véracité des maîtresses des jeunes gens atteints ainsi de syphilis? Que dire de ce jeune ménage dont la femme eut une légère hémorrhagie des parties sexuelles par l'effet du coït, un an seulement après le mariage, perte de sang qui aurait été la source des symptômes constitutionnels transmis ainsi à la jeune femme par son mari, n'ayant du reste pas eu de maladies vénériennes depuis son mariage?

En présence de faits de ce genre, on comprend sans peine pourquoi le docteur Waller n'a pu ni voulu s'en contenter; pourquoi il a voulu arriver à la certitude par l'inoculation. La lecture attentive des deux observations expérimentales publiées par l'habile praticien de Prague a produit sur nous une impression profonde: la transmission des symptômes consécutifs de la vérole au moyen du pus de pustules plates ou du sang, inoculation manifestée un mois après l'opération, nous paraît entourée de toutes les conditions propres à en démontrer l'exactitude. Toute-

fois, deux faits de ce genre ne suffisent pas quand ils se trouvent en opposition avec une immense quantité de faits contraires et sérieusement vérifiés. Il serait possible que quelque circonstance négligée vînt donner aux deux expérimentations du docteur Waller une explication ordinaire. Du reste, la rareté, la difficulté de semblable inoculation prouverait la nécessité de déchirures profondes pour que le pus ou le sang d'un syphilitique pût communiquer des symptômes dits consécutifs. L'application de ces liquides ne serait pas suffisante pour déterminer ce résultat. Quant à la question sur laquelle insiste tant le médecin de Prague, qui veut des personnes parfaitement saines pour que ce mode d'inoculation produise un effet correspondant, nous ne le croyons pas nécessaire, puisque tous les jours l'inoculation des symptômes primitifs, associés ou non à des lésions consécutives, chez le même individu, n'empêche pas le résultat voulu dans les conditions maintes fois déterminées. Sur un homme atteint de pustules, J. Hunter inocula de nouveau le pus de ces pustules et celui de chancres appartenant à un autre individu : ce dernier pus détermina de nouveaux chancres, et le premier resta sans nul effet. Le célèbre auteur anglais raconte avoir répété plusieurs fois cet essai.

§ V. — *De l'unicité et de la vaccination syphilitiques.*

Une question importante et grave se rattache au sujet dont nous nous occupons : il s'agit d'inoculer la vérole aux personnes saines afin de les préserver des symptômes constitutionnels. M. Ricord paraît avoir été le premier à soutenir que la syphilis consécutive atteint une fois seulement le même individu. Un auteur,

M. Diday (1), prétend que tous les faits en apparence contradictoires ont rapport à des récidives d'une première et seule affection non suffisamment guérie. Posant en fait qu'on a la syphilis constitutionnelle une fois seulement en sa vie, et que cette forme syphilitique se transmet par le sang, M. le docteur Diday a pensé qu'en inoculant le sang d'un syphilitique constitutionnel à un sujet sain ou affecté de symptômes primitifs, on pourrait le préserver de symptômes ultérieurs (2). Il nous a fallu apprendre de MM. Diday et Gambarini, que M. Ricord avait proclamé l'unicité de la syphilis, car l'ouvrage du chirurgien du Midi semble dire le contraire (3).

L'habile chirurgien en chef de Lyon ne s'est pas borné à cette idée purement hypothétique; il en a fait l'application sur seize malades atteints de chancres primitifs et récents, mais n'ayant jamais eu de symptômes consécutifs de vérole. Après avoir incisé une périostose que portait un autre sujet affecté de symptômes tertiaires, le chirurgien en chef de l'Antiquaille y puisa du sang qu'il inocula au bras de seize sujets de son expérimentation et à lui-même : les plaies guérirent sans inflammation notable. Six mois après ces essais, un seul malade était atteint de symptômes consécutifs de vérole, et c'était un individu qui avait d'abord eu des chancres indurés, ce qui annonce toujours, d'après MM. Ricord, Diday, etc., une syphilis devenue déjà constitutionnelle. Or, la forme secondaire se développe bien plus souvent qu'une fois sur seize cas. D'après ces résultats, le praticien de Lyon n'a pas hésité de proposer, au sein de l'Académie de mé-

(1) Journ. conn. méd. chir. prat., 1849, vol. XXXIII, p. 170.
(2) Gaz. méd. Paris, 1850, p. 816.
(3) Ouvr. cit., p. 79.

decine, de pratiquer cette inoculation à tous les jeunes gens afin de les préserver de la vérole pendant toute leur vie. Pour être historien impartial, ajoutons que la lecture du Mémoire de M. Diday fut écoutée, au sein de l'Académie, avec un étonnement mêlé de stupeur chez quelques membres.

Deux questions cliniques se présentent dans le nouveau problème : l'unicité de la syphilis, la valeur de l'inoculation prophylactique. « Un tambour avait inutilement passé par les remèdes pour une vérole dont les symptômes étaient un bubon, un chancre profond à la base du gland, des douleurs dans tous les membres, et une espèce d'ictère universel. Le désir d'être guéri avait rendu cet homme docile pendant les deux traitements, dont l'un avait été sans succès, et l'autre parvint à cicatriser le chancre, sans avoir rien fait ni à la jaunisse ni au bubon, pour lequel le malade se servit de pilules mercurielles et d'emplâtres fondants, jusqu'à ce que, sa constance étant lassée, il contracta une seconde vérole qui, quinze jours après, se déclara par une infinité de porreaux à la verge, par un chancre au prépuce, par le renouvellement de l'ancien, par l'accroissement inflammatoire de son bubon, et l'augmentation des douleurs qui lui étaient restées par tout le corps. L'ictère seul parut ne s'en être pas ressenti. Dans cet état, le malade usa de vingt frictions qui dissipèrent en même temps ses premiers et ses derniers symptômes, et lui rendirent une santé qui s'est toujours bien soutenue. »

Tel est le premier fait publié par Percy (1), dans l'intention de montrer que la syphilis ancienne et rebelle peut être guérie facilement lorsque le sujet contracte une seconde vérole. Dans ces exemples, on remarque, en

(1) Ricord, ouvr. cit., p. 182.

effet, des symptômes secondaires ou consécutifs d'une affection ancienne et rebelle à plusieurs traitements mercuriels, ce qui n'empêche pas l'individu de contracter une autre syphilis avec des symptômes primitifs ou secondaires, affection qui ravive les symptômes tertiaires déjà existants. Une deuxième observation semblable est rapportée dans le même travail et d'après Percy.

M. Gibert raconte l'histoire d'un homme qui fut atteint de nombreuses blennorrhagies à plusieurs années d'intervalle. Deux de ces maladies furent suivies d'éruption syphilitique, de pustules, c'est-à-dire de symptômes constitutionnels (1). Les faits de ce genre, qui, à nos yeux, sont des exemples de deux affections constitutionnelles, se rencontrent fréquemment dans les annales de la science et dans l'observation clinique. Pour notre Ecole, d'ailleurs, presque toutes ces maladies étant aussitôt générales et locales, le sentiment que nous agitons n'est pas même une question. Mais les faits de ce genre ne sont pas pour MM. Ricord, Diday, etc., des exemples d'une double infection. « Lorsqu'il y a première invasion constitutionnelle, le plus ordinairement ou dans les trois quarts des cas, elle est précédée de quelques jours par des phénomènes généraux (céphalalgie, prostration musculaire, etc.); quand, au contraire, il ne s'agit que d'une récidive, ces symptômes manquent (2). » Telles sont les distinctions sur lesquelles s'appuient les partisans de l'unicité syphilitique.

M. Gambarini leur répond : Si, de votre propre aveu, les prodromes manquent chez 25 malades sur 100, je suis bien en droit de douter de la valeur de votre critérium diagnostique. Des personnes voient paraître des

(1) Trait. mal. peau, 1840, 2e édit., p. 266.
(2) Gaz. méd. Paris, 1850, p. 816.

syphilides, des pustules, sans éprouver le moindre trouble physiologique. Bien des fois n'est-on pas consulté pour des malades qui sont étonnés des symptômes qu'on leur fait remarquer et que rien ne leur avait annoncés? Enfin, beaucoup de troubles, de catarrhes, d'incommodités peuvent se rencontrer chez des personnes syphilitiques à peu près à l'époque de l'apparition des symptômes constitutionnels, et qu'un observateur complaisant pourrait rattacher ou distinguer d'une modification syphilitique. Au moyen d'une préoccupation systématique, il est peu de faits qui ne puissent être interprétés diversement, quand il s'agit de caractères aussi peu probants que des prodromes. Si ces préludes ont manqué, le cas peut être rangé parmi les exceptions posées à la règle nouvelle, ou rejeté comme opposé à celle-ci; car on se croit en droit de soutenir qu'il s'agit d'une rechute et non d'une récidive.

Cependant nous devons reconnaître que, chez la plupart de nos militaires, l'apparition des symptômes consécutifs a été marquée par quelques phénomènes insolites, soit peu de jours avant, soit en même temps. Il faut dire aussi que plusieurs de ces malades avaient éprouvé une simple céphalalgie, comme dans l'exemple suivant :

Obs. 28ᵉ. — Au N° 14 de la 1ʳᵉ salle des vénériens vint se coucher Champmorain, âgé de 22 ans; tempérament sanguin, constitution forte. — Entré à l'hôpital le 12 septembre, il présentait sur le prépuce un chancre très-étendu qui existait depuis un mois. — Quatre jours après son entrée, se manifesta une roséole syphilitique, qui commença par le front et envahit successivement la face et les membres supérieurs. Cette éruption n'a été précédée d'aucun symptôme pyrétique; mais lorsque les premières élevures ont paru sur le front,

le malade a éprouvé une céphalalgie assez intense, qui n'a disparu qu'au bout de quinze jours. La céphalalgie a été le seul accident auquel ait donné lieu cette roséole.

Plusieurs autres sujets ont accusé des accès dont les trois périodes étaient bien marquées; nous en signalerons un cas.

Obs. 29e. — M***, âgé de 29 ans; tempérament sanguin, constitution robuste. — A dix-huit ans, il a eu une chaude-pisse et deux bubons, qui ont guéri sans traitement. Vers la fin du mois d'août 1851, il a eu un chancre considérable sur le fourreau de la verge, qu'il présentait encore, à son entrée à l'hôpital, le 25 septembre 1851. Le 2 octobre, il s'est manifesté une roséole syphilitique. Le jour qui a précédé l'éruption, le malade a éprouvé subitement, dans la matinée, une grande céphalalgie, qui a duré toute la journée, et des frissons suivis de chaleur et de sueur. Le frisson dura trois heures; la chaleur eut une durée d'une heure, de même que la sueur. Lorsque la dernière période de l'accès était à son déclin, il s'aperçut de l'apparition considérable de taches rougeâtres, accompagnées d'une grande chaleur à la peau, mais sans démangeaison. Il n'y a pas eu d'inappétence. Le lendemain, la santé du malade avait repris son état normal, et depuis lors aucun autre symptôme fébrile n'a eu lieu.

Les accès ont paru parfois avec une régularité parfaite, et ont cédé à l'administration du sulfate de quinine; peut-être était-ce une rechute d'une fièvre paludéenne suspendue pendant plusieurs mois.

Obs. 30e. — R***, âgé de 26 ans; tempérament sanguin, constitution très-forte. — En janvier 1851, trois chancres sur le gland. Vingt jours après leur apparition, syphilide

papuleuse. Quinze jours avant la syphilide, il eut des accès de fièvre quarte qui persistèrent pendant trois semaines et furent guéris par le sulfate de quinine. Le malade se trouvait alors à Agen, et avait eu des accès de fièvre tierce sept ou huit mois auparavant; toutefois, il observa que, lors de l'apparition de la syphilide, la durée des accès fut amoindrie; l'intensité du froid et de la chaleur diminua d'une manière très-sensible.

Chez quelques militaires, les accidents fébriles s'étaient plusieurs fois reproduits à des intervalles éloignés, accidents plus prononcés après l'apparition des pustules.

Obs. 31e. — B***, âgé de 22 ans; tempérament nerveux, constitution assez forte. — Au mois de décembre 1850, chancre sur le prépuce. Deux mois après, syphilide pustuleuse. Trois jours avant l'apparition des pustules, il éprouve d'une manière irrégulière des frissons suivis de bouffées de chaleur, des sueurs abondantes pendant la nuit, de la céphalalgie, du brisement dans les membres, de l'inappétence. L'éruption fit disparaître momentanément ces symptômes, car ils se présentaient plus tard par intervalles, et duraient chaque fois une semaine. Le malade observa que les symptômes qui se manifestèrent après l'apparition des pustules, furent plus marqués que ceux qui l'avaient précédée.

Certains malades ont éprouvé des accidents fébriles, huit jours avant l'apparition des symptômes consécutifs de la vérole.

Obs. 32e. — R***, âgé de 26 ans; tempérament sanguin, constitution robuste. — Entré le 10 septembre à l'hôpital, il présentait déjà une syphilide squameuse, confluente dans les membres inférieurs et très-discrète dans les autres parties; il n'offrait aucun autre symptôme

syphilitique. Le malade affirme que cette éruption s'est manifestée sans avoir eu de chancres ni de blennorrhagie; toutefois, en 1849, il avait eu un chancre et un bubon, qui furent guéris par un traitement très-incomplet, après un mois de durée. — La syphilide n'a paru que le 15 juin 1851. Elle se manifesta d'abord à la jambe gauche, puis à la jambe droite, ensuite sur les bras, et en dernier lieu sur la poitrine. Sept à huit jours avant l'éruption, il avait par intervalles des frissons qui, commençant aux pieds, s'étendaient très-rapidement par tout le corps, pour disparaître au bout de quelques minutes; ces frissons n'étaient suivis ni de chaleur ni de sueur. Il y avait en même temps une céphalalgie continuelle et de l'inappétence. Lorsque l'éruption a paru, les frissons et l'anorexie ont cessé; la céphalalgie a diminué, mais elle n'a disparu entièrement qu'au bout de quatre jours.

D'autres militaires ont ressenti ces troubles précurseurs deux semaines avant l'exanthème syphilitique.

Obs. 33e. — (Salle des vénériens.) M***, âgé de 54 ans; tempérament bilioso-sanguin, constitution robuste. Au mois d'avril 1851, syphilide papuleuse. Pendant les quinze jours qui précédèrent l'éruption, il éprouvait chaque jour, et d'une manière irrégulière, des frissons, des bouffées de chaleur, de l'inappétence, de la céphalalgie, des éblouissements et des sueurs pendant la nuit. L'apparition de la syphilide et d'ulcères à la gorge fit cesser tous ces symptômes. Le malade raconte que, cinq ans auparavant, il avait eu un écoulement qui fut traité par le copahu et les injections avec l'eau blanche, nitrate d'argent, sulfate de zinc; il n'avait ni chancre ni bubon. Il assure que pendant les cinq années qui ont séparé l'écoulement de la syphilis, il n'a point connu de femme.

Tantôt la perturbation fébrile cessait peu après l'éruption.

Obs. 34e. — M. R***, officier, âgé de 45 ans ; tempérament nerveux, constitution assez forte. — En 1849, chancres (cautérisation, pilules de Sédillot). En mai 1851, blennorrhagie. Il y avait un mois que l'écoulement existait, lorsqu'il parut une syphilide papuleuse. Pendant les sept ou huit jours qui précédèrent la syphilide, il éprouvait chaque soir, vers 8 heures, des frissons suivis de chaleur, de céphalalgie, de brisement dans les membres; dans les intervalles la santé était bonne. Lorsque la syphilide se montra, il y eut disparition de tous ces symptômes.

Tantôt les phénomènes fébriles se reproduisaient pendant plusieurs mois.

Obs. 35e. — C***, âgé de 25 ans ; tempérament bilieux, constitution vigoureuse. — En 1848, chaude-pisse et syphilide papuleuse. Le malade ne se rappelle pas si l'apparition de la syphilide fut précédée de symptômes pyrétiques ; mais il assure que, lorsque l'éruption se manifesta, il eut des frissons, de la céphalalgie, du brisement dans les membres, de l'inappétence. Ces symptômes, dont la marche était irrégulière, persistèrent pendant trois mois et disparurent avec la blennorrhagie.

En certains cas, l'absence de phénomènes précurseurs s'est montrée douteuse, comme dans le fait suivant :

Obs. 36e. — M*** ; tempérament sanguin, constitution très-forte. — Entré le 18 septembre 1851, présentant sur tout le corps une éruption papuleuse. Cette éruption existait depuis un mois ; elle n'a été précédée d'aucun symptôme pyrétique : point de céphalalgie, point de malaise ni d'inappétence, pas de frisson ni de chaleur;

il n'y a eu qu'une légère démangeaison. Le malade affirme qu'il n'a jamais eu de symptômes syphilitiques. Il a eu plusieurs fois une éruption analogue, soit dans sa jeunesse, soit depuis qu'il est au service. Cette éruption a toujours paru spontanément, sans cause connue.

Mais, chez plusieurs individus, nous n'avons pu admettre l'existence de symptômes fébriles avant les accidents secondaires ou consécutifs de la vérole : en voici un exemple.

Obs. 57e. — Satin, âgé de 27 ans, né à Ste-Marie (Haut-Rhin); tempérament sanguin, constitution robuste. — Dans les derniers jours du mois d'août 1848, chaude-pisse et un chancre au côté gauche de la base du prépuce, ayant un centimètre de long et la forme elliptique. Entré le 10 septembre à l'hôpital Saint-Dominique à Rome, il en sortit au bout de trois jours (potion Chopart; cautérisation des chancres avec le nitrate d'argent). Il fut envoyé à l'hôpital de Civita-Vecchia. Quatre ou cinq jours après son arrivée, le chancre disparut complètement; bientôt l'écoulement diminua lui-même d'une manière sensible (opiats, injections avec le nitrate d'argent). Il y avait quinze jours que le chancre était guéri, il ne restait qu'une légère induration avec rougeur de la partie, l'écoulement lui-même n'existait plus, lorsque pendant une nuit il survint sept boutons à la couronne du gland. 24 heures après leur apparition, ils avaient presque complètement disparu, et le chancre s'était rouvert plus grand qu'auparavant, comme si l'on s'était servi d'un emporte-pièce. On fit des lotions avec le sulfate de cuivre, et au bout de huit jours il ne restait qu'une légère induration. Il revint alors à Rome. Un mois après son arrivée, étant de faction et s'étant exposé au froid, il eut subitement une tuméfaction générale de

la face et un engorgement des ganglions sous-maxillaires du côté droit, accidents qui furent accompagnés de frissons, sans chaleur ni céphalalgie. L'application de cataplasmes fit disparaître la tuméfaction de la face; l'engorgement ganglionnaire augmenta. Il rentra à l'hôpital Saint-Dominique, le 10 décembre 1850, pour cet engorgement ganglionnaire, lequel n'était pas très-douloureux (cataplasmes, frictions mercurielles, liqueur de Van-Swiéten). Cinq jours après son entrée à l'hôpital, il se manifesta une éruption vésiculeuse presque générale, mais *sans aucun symptôme fébrile* précurseur : cette éruption eut un mois de durée (bains sulfureux, purgatif). Le 29 févrer 1851, il quitta l'hôpital : il n'avait alors ni chancre, ni écoulement, ni éruption; il ne présentait que l'engorgement ganglionnaire, qui avait augmenté, et une légère douleur à l'épaule et au coude du côté gauche, douleur qui avait paru depuis quinze jours, mais sans avoir été précédée d'*aucun symptôme pyrétique.*

Sept à huit jours après sa sortie, il s'exposa à la pluie; il eut alors des frissons suivis de chaleur, les douleurs articulaires augmentèrent, et toutes les jointures devinrent douloureuses; les genoux seuls furent tuméfiés. Il rentra à l'hôpital le 22 mars (iodure de potassium; liniment camphré; frictions avec l'onguent mercuriel, le liniment volatil camphré et un liniment térébenthiné; poudre de Dower). Dans le mois d'avril, il eut trois accès de fièvre qui furent guéris par le sulfate de quinine. Le 10 juin il quitta Rome, et le 13 il débarqua à Toulon : pendant le voyage, il parut une éruption vésiculeuse sur la face, avec de la céphalalgie et des douleurs très-vives dans l'oreille gauche, mais sans frissons précurseurs. Le 18 juin, il eut un accès de

fièvre; le frisson dura une heure, et la chaleur et la sueur eurent une même durée: cet accès ne reparut plus. Il entra le 20 juin à l'hôpital du Pont-Saint-Esprit: il présentait alors une éruption vésiculeuse à la face, des douleurs à l'oreille et aux membres. Le malade observe que la douleur du bras gauche avait été toujours plus vive que dans les autres parties. A l'hôpital du Pont-Saint-Esprit, on lui donna des pilules de proto-iodure de mercure et du sirop de salsepareille; les douleurs d'oreille diminuèrent, ainsi que celle des membres, mais l'engorgement resta stationnaire. Vingt-cinq jours après, avant sa sortie de l'hôpital, paralysie du nerf facial gauche: à ce moment les douleurs d'oreille étaient insupportables; tout l'intérieur de l'oreille gauche était garni de boutons qui disparaissaient et reparaissaient alternativement. Dix jours après la paralysie du nerf facial, les douleurs de l'oreille gauche diminuèrent sensiblement.

Entré le 11 août à l'hôpital Saint-Eloi, cet homme a pris de l'iodure de potassium, et les douleurs ont disparu dix jours après son entrée. Aujourd'hui 15 septembre, le malade présente des taches rougeâtres à la région sus-orbitaire, une paralysie du nerf facial gauche et l'engorgement des ganglions sous-maxillaires du côté droit; il ne peut relever la paupière inférieure gauche, et la paupière supérieure ne peut être abaissée qu'en partie; la commissure droite de la bouche est fortement relevée du même côté. Le malade a observé que les douleurs de l'oreille augmentaient beaucoup pendant la nuit; lorsque ces douleurs étaient très-fortes, la vue était trouble du côté gauche et l'ouïe était impossible: ces symptômes ont disparu avec les douleurs. Le malade a remarqué que le côté gauche de la face est beaucoup plus sensible que le côté droit.

On ne peut considérer comme prélude la fièvre catarrhale dont cet homme fut saisi plusieurs jours avant l'apparition des syphilides vésiculeuses ; car cette fièvre trouvait sa véritable raison dans l'intempérie à laquelle ce militaire venait d'être soumis. Cependant, à l'apparition d'autres symptômes consécutifs et à des intervalles plus ou moins éloignés, il survint des phénomènes fébriles, parfois combattus avec avantage par du sulfate de quinine, et parfois disparus sous l'influence des remèdes dirigés contre la lésion de l'appareil auditif. Si ces symptômes consécutifs appartenaient bien à la vérole, il faut reconnaître que la même affection est capable de déterminer un trouble fébrile, en produisant l'apparition de plusieurs recrudescences ou rechutes. Il ne faudrait pas admettre donc d'une manière trop absolue que lorsqu'une nouvelle éruption se manifeste sans fièvre, il s'agit de la même affection, le premier exanthème étant seul jugé capable de causer des troubles fébriles.

Une autre loi invoquée par les syphiliographes dont nous apprécions les idées, liée à la précédente, consiste à regarder l'induration des chancres comme le signe certain de l'infection de l'économie par le virus. Outre que cette induration n'est pas exclusive au chancre, comme nous l'avons déjà démontré, il est assez étrange qu'un effet de toute inflammation, et qui semble plutôt capable de séquestrer le virus, devienne le signe de son passage au sein de tout l'organisme. Quand on observe tous les jours l'absorption rapide, en peu d'heures, en peu d'instants, par la peau, d'eau, de liquides divers, de gaz, de poisons, on se demande la raison de cette étrange exception en faveur d'un virus qui montre tant d'aptitude à se répandre dans le corps entier. Les frictions avec le mercure déterminent parfois la

salivation en peu de temps, et celles avec les cantharides l'ardeur d'urine. Les purgatifs, les anthelminthiques produisent assez promptement leurs effets ordinaires, quoique employés sur la peau. Après un bain de pied, à l'eau duquel on avait ajouté du cyanure de potassium, Wertrumb a trouvé ce sel dans le sang de malades qui avaient fait usage de cette substance en frictions (1). Il en a été de même après l'immersion du bras dans une décoction de rhubarbe. Après un bain avec une infusion de garance, Bardner Stuart reconnut celle-ci dans l'urine, etc., etc. De nombreuses expériences faites par M. Renauld, directeur de l'école d'Alfort, il résulte que l'absorption du virus morveux inoculé peut se faire en moins d'une heure, et celle du virus claveleux en moins de cinq minutes (2).

Il s'agit ici, il est vrai, d'inoculation, et non point d'apposition du virus sur la peau ou la muqueuse saines. En outre, les expériences récentes de M. Cullerier montrent la matière virulente séjournant près d'une heure dans le vagin sans y déterminer de chancres après des lotions suffisantes (3). Mais quand le virus a déjà produit une pustule chancreuse, il se trouve en rapport direct avec les vose de l'absorption, qui peut et doit s'opérer rapidement.

D'après les expériences de Fodéra, une substance est prise et portée en deux ou trois minutes non-seulement au centre de la circulation, mais projetée dans toutes les parties du corps, et jusque dans les excrétions, auxquelles elle communique son odeur. S'occupant du virus vaccin, M. Bousquet écrit : « La facilité de l'ab-

(1) Burdach, Trait., IX, p. 19.
(2) Bull. thérap., I, p. 44, 1850.
(3) Ricord, ouv. cit., p. 92 et 93.

sorption (des virus en général) est telle, qu'à peine en contact avec les vaisseaux absorbants, ils sont pris par eux, sans que rien puisse les leur enlever. Ainsi, on peut impunément laver les piqûres saignantes, soit avec de l'eau pure, soit avec de l'eau chlorurée ; les ventouses elles-mêmes, le plus fort, le plus puissant antagoniste de l'absorption qu'on connaisse, n'ont pas plus d'efficacité. Je m'en suis assuré de la manière la plus positive (1). »

Comment pourrait-il se faire qu'un liquide virulent qui reste ordinairement plusieurs jours avant de se manifester par des effets locaux, qui met plusieurs autres jours à produire l'induration d'un chancre, restât indifférent pour l'économie entière, et rebelle aux lois générales de la vie? C'est qu'il était nécessaire à certaine théorie de soutenir que le chancre est d'abord local pendant un certain temps, de sorte qu'on pût le détruire localement et guérir ainsi lestement l'individu (2).

La prophylaxie de la syphilis nous paraît encore une hypothèse. La plupart des maladics virulentes sont capables de se montrer plusieurs fois chez le même sujet : gale, pourriture d'hôpital, blennorrhagie, charbon, pustule maligne. La variole et la vaccine ne font pas même une exception constante, et pour toute la vie de l'homme, témoin les nombreuses revaccinations pratiquées de nos jours. Mais remarquez que tandis que, par l'influence de la vaccine déjà subie, le sujet est actuellement à l'abri de cette affection ou de la variole, ces lésions ne peuvent être inoculées, et l'infection du virus vaccinal ou variolique reste sans effet. En est-il de même pour la syphilis? Nullement. Nous avons rapporté des faits assez nombreux qui montrent une nouvelle conta-

(1) Trait. vaccin., 1833, p. 276.
(2) Compte-rendu Acad. scienc., décembre 1848.

gion ou une nouvelle inoculation s'effectuant chez des personnes actuellement atteintes de vérole plus ou moins ancienne, ou en ayant été déjà affligées plusieurs fois. Ce résultat clinique démontre l'absence de toute modification prophylactique de l'économie, pour nous surtout qui regardons la vérole comme presque aussitôt générale que locale.

Pourquoi, d'ailleurs, une première infection serait-elle prophylactique pour les symptômes constitutionnels, puisqu'il y a absorption du virus peu de temps après l'apparition des symptômes primitifs ou le contagium? La logique, l'observation clinique et les faits, preuves directes rapportées plus haut, démontrent le contraire. Comment a-t-on pu croire avoir fait une inoculation efficace, alors qu'aucun des sujets soumis à l'infection de la matière des lésions constitutionnelles n'a éprouvé aucun effet apparent? Les virus prophylactiques agissent-ils de la sorte? La vaccine, le claveau, les virus variolique, psorique, etc., déterminent un effet manifeste dans le lieu où ils ont été inoculés; sans quoi, l'expérience et le raisonnement apprennent que l'influence désirée ne peut s'opérer.

Du reste, par quels motifs plausibles prétendre que les personnes auxquelles on a communiqué la matière puriforme de la syphilis constitutionnelle, n'ayant pas eu de symptômes consécutifs, doivent rapporter cet effet, au bout de six mois, à l'inoculation, et non au traitement spécifique qu'elles ont subi? De tels résultats ne s'observent-ils pas fréquemment en dehors de toute inoculation?

Persuadé que l'économie une fois saturée de virus n'est plus apte à concevoir une infection syphilitique, le docteur Spérino vient d'inoculer itérativement à 52 femmes

des chancres primitifs. « Ceux-ci, dit-il (1), étaient plus petits, moins enflammés, plus superficiels, et ainsi successivement, jusqu'à ce qu'après un nombre indéterminé jusqu'ici d'inoculations (huit à dix, généralement à trois piqûres chaque fois), on ne remarquât plus à chaque plaie qu'une petite pustule qui guérissait au bout de cinq à six jours. Après cela, les inoculations demeuraient sans effet, etc. » Ces expérimentations ont été poursuivies pendant cinq mois; d'où l'auteur est amené à conclure qu'il faudrait syphiliser toutes les personnes pour les préserver de contracter la vérole.

En admettant ces faits aussi probants que le veut le médecin de Turin, nous n'y voyons point la preuve de l'unicité de la syphilis, puisqu'il a fallu répéter dix fois l'inoculation pour rendre l'organisme indifférent à cette espèce de contagion. Il nous paraît incontestable, comme nous l'avons déjà établi, que l'apparition d'un chancre primitif annonce une lésion aussi bien générale que locale. L'infection de l'économie étant donc produite à chaque action de virus, le corps vivant peut concevoir plusieurs fois et un nombre de fois variable la syphilis constitutionnelle; seulement, il paraîtrait que le corps vivant acquiert une certaine tolérance pour le virus syphilitique dont il a été déjà imprégné un nombre de fois indéterminable. Des convictions pareilles sont-elles suffisantes pour justifier la syphilisation à la manière de la vaccination? On l'admettra difficilement. « Vous auriez beau donner les assurances les plus positives, remarque un judicieux médecin (2), vous rencontrerez pendant long-temps encore peu de personnes qui se soumettraient à se laisser inoculer trente chancres, pour se préserver

(1) Gazet. méd. Paris, 1851, p. 428.
(2) Journ. Acad. méd. chir. Turin, juin 1851.

d'un seul, surtout dans l'état actuel de la science où on les guérit si vite et à si peu de frais. »

Les questions de l'unicité de la vérole et de la syphilisation ont été provoquées, en partie, par des expérimentations sur les singes. Contrairement à tous les essais faits par divers médecins, M. Auzias-Turenne a prétendu avoir inoculé des chancres primitifs à des animaux (1). M. Desmartis soutient aussi être arrivé au même résultat sur d'autres mammifères (2). Nous avons fréquemment tenté de pareilles inoculations sans succès, et nous apprenons que M. Auzias-Turenne ne fut pas plus heureux en présence de M. Cullerier (3). Nous trouvant président lors de la soutenance de la thèse de M. Desmartis, nous avons pu reconnaître que l'auteur n'avait pas examiné ce problème avec toute la rigueur désirable. Aujourd'hui encore comme il y a dix ans, nous avons répété ces tentatives, en présence de plusieurs élèves de la clinique, et sans plus de succès. Dans ces nombreuses expérimentations, il nous est rarement arrivé d'observer des accidents ou des effets douteux. Une chienne à qui nous avions inoculé du virus de chancre récent et primitif, eut un abcès au cou quelque temps après, mais sans ulcère ni symptômes vénériens.

Le 9 janvier 1851, l'inoculation de chancres datant de onze jours fut pratiquée sur un chien à une plaie de la cuisse. Le 11 janvier, la plaie était fortement rouge et même bleuâtre; l'animal ne voulait plus manger et se traînait difficilement. Recherchant la cause de cette marche pénible, nous trouvâmes le gland tuméfié, sorti du prépuce; une matière d'un blanc jaunâtre et fort épaisse

(1) La Presse médicale, 1851, p. 242.
(2) Thèses Montpel., 1851.
(3) Bull. de la Soc. chir. Paris, 1846.

s'écoulait par l'urètre, même quand l'animal restait tranquille; la douleur semblait être assez vive, car il poussait des cris plaintifs. Le 15 janvier, l'animal triste encore paraissait cependant mieux portant; il mangeait et marchait plus facilement; la plaie, de meilleur aspect, était encore couverte de sérosité. Le 20 janvier, elle offrait tous les caractères d'une plaie à cicatrisation rapide: le gland n'était plus tuméfié et avait repris sa position normale. Quand je pratiquai cette inoculation à une large plaie existant depuis un certain temps, celle-ci avait déjà un mauvais aspect que la présence du virus syphilitique ne changea pas, et la tendance vers la guérison se manifesta cinq jours après. Comment l'urétrite est-elle survenue chez cet animal? A-t-il transporté lui-même le pus sanieux de la plaie sur le méat urinaire? C'est très-probable. Du reste, aucun chancre n'a été le résultat de l'inoculation du virus, qui avait déjà déterminé une pareille lésion chez un homme à qui je l'avais préalablement communiqué.

Chez des lapins, j'ai rencontré plus souvent des suites compliquées, mais qui n'annonçaient aucun cachet syphilitique; l'expérience suivante en est un exemple. Le 9 janvier, je rasai l'abdomen d'un lapin et j'y tentai l'inoculation de la syphilis au moyen du pus de chancres développés depuis onze jours. Le 11, il s'était formé une légère inflammation à l'endroit où la piqûre avait été faite. Le 13, un petit abcès, de la grosseur d'une noisette, s'était rempli d'un pus blanchâtre et très-concret. L'animal ne parut point affecté: il mangea bien et ne présenta rien d'anormal; les organes génitaux ne furent point lésés. L'abcès fut ouvert le 15 et cicatrisé le 17 suivant. La formation de pus épais et concret est ordinaire chez les rongeurs, et notamment chez les lapins ce; n'est donc

pas une altération dépendant du virus inoculé, qui n'a produit aucun effet syphilitique.

D'après l'étude clinique que nous venons d'exposer, l'inoculation expérimentale nous a conduit aux résultats suivants :

Il existe plusieurs virus, et notamment un virus syphilitique cause propre de désordres spécifiques ;

L'admission d'animalcules comme principe de tous les virus est une pure hypothèse ;

Toutes les maladies contractées pendant les rapports sexuels ne sont pas syphilitiques ;

Les chancres primitifs et récents sont toujours susceptibles de propager la vérole ;

Le diagnostic des chancres reste parfois fort incertain sans le secours de l'inoculation ;

Le caractère syphilitique de diverses maladies vénériennes ne peut être reconnu à l'aide de l'inoculation que pendant leur période d'acuité ;

Il n'y a pas de différence essentielle entre les différentes formes des chancres ;

Le virus syphilitique produit souvent des symptômes éloignés du premier siége du mal et de l'époque de son début ;

L'absorption du virus peut être très-rapide et précède même le développement du chancre ;

L'induration de la base du chancre n'est nullement l'indice de l'infection syphilitique ;

Les ulcères primitifs et récents s'inoculent et sont contagieux ;

Les ulcères anciens et consécutifs ne s'inoculent pas et sont rarement contagieux ;

La blennorrhagie est rarement syphilitique, et dépend

souvent d'un virus particulier et incapable de déterminer une affection constitutionnelle ;

L'association du virus syphilitique au virus blennorrhagique peut seule donner lieu à la vérole ;

L'engorgement des ganglions inguinaux est loin d'être un caractère constant de l'existence de chancres aux parties sexuelles ;

Le pus fourni par les excroissances, les végétations, les pustules, les ulcères constitutionnels, enfin par les divers symptômes consécutifs de la vérole, sont fort rarement susceptibles de s'inoculer et de communiquer directement la syphilis ;

L'inoculation diagnostique des maladies vénériennes peut être pratiquée sans danger ;

L'économie vivante est susceptible d'éprouver plusieurs fois la vérole constitutionnelle ;

L'apparition des symptômes consécutifs de la syphilis est souvent précédée ou accompagnée de prodromes analogues aux fièvres exanthématiques ;

La récidive de ces symptômes peut s'annoncer de la même manière, quoique plus rarement ;

La saturation syphilitique de l'économie est possible, mais indéterminée ;

La syphilisation prophylactique est trop incertaine pour être généralisée ;

L'inoculation thérapeutique du virus syphilitique peut devenir un remède contre les affections rebelles du cancer, des dartres, etc. : nous ferons connaître nos essais cliniques à ce sujet dans un mémoire particulier.

ARTICLE XII.

DES ABCÈS MULTIPLES, DE LA RÉSORPTION, DE L'INFECTION ET DE LA DIATHÈSE PURULENTES (1).

AVANT-PROPOS.

Je livre au public ce Mémoire, composé à l'occasion du concours ouvert en 1844 par l'Académie de médecine de Paris. Après avoir adressé mon manuscrit au Secrétaire de cette Société savante par l'intermédiaire d'un tiers, n'en recevant aucune nouvelle, je crus que mon travail avait été égaré. Il me restait cependant le brouillon de quelques fragments de mon opuscule : je les livrai à plusieurs de mes élèves pour en faire le sujet de leurs dissertations inaugurales, j'en fis même l'objet de plusieurs leçons particulières. Depuis bien des mois je ne songeais plus à mon œuvre, quand, au milieu des épreuves d'un concours où je conquis le poste de chef des travaux anatomiques, une lettre de M. le Secrétaire de l'Académie de médecine m'annonça la décision de ce corps savant à mon égard : il m'accordait une médaille d'or de la valeur de 300 francs.

Dès-lors, je rassemblai ce qui me restait de feuilles volantes, j'y mis de l'ordre et je corrigeai ce qui avait été livré à mes élèves, afin de donner de la publicité à l'ensemble de mon travail. Mais plusieurs cours, comme professeur-suppléant ou chef des travaux anatomiques; trois concours pour le professorat, l'un à Paris et les deux autres à Montpellier; la publication d'une quatrième édition de la *Doctrine médicale*, de la *Chirurgie conservatrice* et de plusieurs autres travaux, m'ont empêché de mettre plus tôt mon projet à exécution.

(1) Mémoire honoré d'une médaille d'or par l'Acad. de méd. de Paris, en 1844.

Maintenant qu'un mémorable concours a mis à ma disposition les grandes ressources d'un enseignement clinique, il m'a été plus facile de faire disparaître certaines imperfections que ma position antérieure ne me permettait pas d'éviter. Non-seulement ce que j'ai écrit depuis plus de huit ans est contrôlé de nouveau au lit du malade, mais bien des lacunes sont comblées : les observations, les expériences, les opinions des médecins qui ont étudié la même matière sont vérifiées et débattues, après l'avoir été dans mes leçons cliniques. Ainsi, mon travail deviendra plus propre à éclairer un des intéressants problèmes de la médecine pratique ; ainsi, je me suis efforcé de prouver mon empressement à mettre à profit l'honorable poste où mes prédécesseurs se sont illustrés.

DES ABCÈS MULTIPLES.

Les *abcès multiples* sont des collections purulentes coexistant en plusieurs points du corps humain et dépendant de la même cause. Ces abcès sont simplement des amas *multipliés* de pus, produits d'une manière simultanée ou successive par la même affection morbide. On ne peut appeler du même nom les abcès plus ou moins nombreux qui se montrent parfois chez le même individu sous l'influence de causes coexistantes, mais évidemment différentes.

L'histoire de ces abcès multiples, telle que la comporte la question dont nous avons à nous occuper, demande d'être divisée en deux parties : il faut *rechercher les cas dans lesquels on observe la formation de ces abcès*, et ensuite *comparer ces cas sous leurs différents rapports*. Si nous ne sommes pas dans l'erreur, les cas où l'on rencontre des abcès multipliés sont *les sources générales de la purulence* ou de la production simultanée

d'un certain nombre de collections purulentes de même nature. Nous aurons donc à exposer non-seulement ces sources générales, mais encore les cas ou maladies particulières que ces causes élevées produisent. Après avoir signalé cliniquement chacun de ces cas, nous devrons appuyer notre observation de celle des autorités les plus respectables, aborder ensuite les objections adressées à ces résultats cliniques, en peser la valeur afin d'arriver aux conclusions les plus rationnelles.

Cette partie de notre travail étant terminée, nous aborderons la comparaison des abcès multiples sous leurs différents rapports, qui nous paraissent consister dans les analogies et les différences anatomo-pathologiques, étiologiques, symptomatologiques et thérapeutiques. Efforçons-nous donc de remplir le plan que nous venons de tracer.

PREMIÈRE PARTIE.

Cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multiples.

Chapitre premier.

De l'inflammation des veines considérée comme une des sources générales des abcès soudains et multiples.

L'une de sources les plus communes des abcès multiples est l'inflammation des veines, maladie à peine connue avant les travaux de notre époque; la *phlébite* est, en effet, maintenant généralement avouée comme la cause la plus ordinaire des amas simultanés de pus dont nous avons à parler. Cette assertion paraissait incontestable naguère, lorsqu'elle a été récemment controversée; ce qui nous oblige à invoquer d'abord l'autorité des faits recueillis par nous et par d'autres, avant d'en venir à une discussion approfondie.

Obs. 1re. — Phlébite après une saignée du bras droit; convalescence, écart de régime: mort.

François Bernes, âgé de 35 ans, d'une constitution très-robuste, d'un tempérament nerveux, d'une taille peu commune, éprouva, à la suite d'exercices excessifs de la vue et de plusieurs maladies vénériennes traitées incomplètement, un trouble dans la vision, avec des céphalalgies violentes et un écoulement par l'urètre qu'il n'avait pu encore faire cesser, et pour lequel il entre enfin à l'Hôtel-Dieu de Montpellier le 22 mars 1835.

Soumis à un traitement anti-syphilitique, ce malade est d'abord saigné au bras à trois reprises différentes, et ressent chaque fois de la céphalalgie plus vive, des nausées, des maux de cœur et des douleurs au bras; un séton appliqué à la nuque paraît produire quelques bons effets. Cependant l'état du malade étant à peu près le même après un mois de traitement anti-vénérien, on prescrit une nouvelle saignée, qui est faite avec tous les soins nécessaires.

Bernes se fatigue pendant toute la journée et une partie de la nuit à jouer violemment aux cartes avec le bras phlébotomisé. Le lendemain, ses paupières sont tuméfiées et douloureuses; ses yeux éprouvent des hallucinations; il ressent des frissons, de la fièvre, ce qui l'oblige à s'aliter: le bras opéré n'offre rien encore de particulier, et la piqûre est déjà cicatrisée.

Deux jours après, le pouls est fréquent et dur; il y a de la soif; le bras opéré ne peut être étendu, le pli du coude est sensiblement tuméfié, la peau est érysipélateuse et très-sensible; le trajet de la veine piquée est tendu et se dessine par une teinte plus rouge: douleur frontale intense, abattement général des forces, urines très-colorées. (Boissons: crêmes de riz; 120 sangsues

au-dessus du coude en cinq fois, glace sur la partie enflammée.)

Cette médication paraît avoir quelques bons résultats; cependant l'inflammation s'irradie jusqu'à l'épaule et dans tout l'avant-bras, le membre devient très-engorgé et douloureux, toutes les veines sont tendues, saillantes et noueuses. Bernes éprouve des nausées, des frissons suivis de sueurs froides et visqueuses; son pouls est petit et déprimé; son sommeil est continuellement agité; il a la diarrhée, et, le jour suivant, le délire se manifeste. Alors, ne pouvant avoir de nouveau recours aux saignées locales qu'on avait si fréquemment répétées, ni à l'ouverture des veines, à cause des accidents qui avaient suivi chaque opération de cette espèce, M. Serre prescrit 10 frictions avec 1 gros chaque d'onguent mercuriel au tiers, à faire dans toute l'étendue du membre et d'heure en heure pendant cinq minutes.

Le lendemain de ce nouveau mode de traitement, un heureux changement s'est déjà manifesté: le pouls se relève et est moins fréquent, le membre supérieur affecté est moins volumineux, moins sensible, et les douleurs se bornent à la partie moyenne et antérieure; Bernes éprouve quelques nausées sans aucune salivation et demande même des aliments. (Frictions mercurielles avec 1 gros chaque, à faire d'heure en heure pour les quatre premières, de deux en deux heures pour les quatre dernières; recouvrir ensuite le membre avec un papier sans colle. — Eau de riz avec sirop de gomme, pruneaux, pommes cuites.) Dans la nuit, on pratique 4 nouvelles frictions avec les soins déjà indiqués. Cette médication répétée produit une amélioration croissante. Bernes a reposé quelques heures de la nuit; sa figure reprend un air de gaité; le pouls est naturel; les nausées et les

défaillances ont presque cessé ; le membre malade est beaucoup moins engorgé, nullement douloureux ; les veines sont moins saillantes et moins tendues; du pus sort par la pression de la piqûre faite à la veine céphalique. L'articulation tibio-tarsienne gauche devient le siége de douleurs assez vives. (Tisane de riz, pruneaux, pommes cuites, 4 frictions mercurielles *ut suprà.*)

Le jour suivant, le membre malade a un volume bien moindre que la veille, il n'y reste que de l'empâtement sans aucune douleur; la plaie de la veine fournit du pus assez abondant; les douleurs du coude-pied gauche paraissent s'être calmées, le pouls est naturel, les nausées ont été plus rares: tout annonce un amendement notable. (Compression du membre lésé, foment. émoll. et frict. sédat. sur le ventre. — Dans le but de produire une révulsion efficace, on applique un vésicatoire camphré au bras gauche et à la cuisse droite; aliments un peu plus abondants.)

Deux jours après, tandis que tout faisait espérer une prompte convalescence, notre malade est repris de nausées violentes, de maux de cœur, de douleurs thoraciques. Les conjonctives sont jaunes, une légère teinte ictérique se manifeste, la figure est abattue; le membre supérieur est cependant revenu à son état normal, il est même plus maigre et plus flétri: la phlébite est entièrement terminée. Mais l'articulation tibio-tarsienne gauche donne de nouveau de l'inquiétude; le malade paraît y ressentir de vives douleurs. (Potion de De Haën, ventouses sèches au thorax, embrocations sur le ventre avec huile de jusquiame, potion gommeuse avec sirop de nymphæa par cuillerée.)

A la visite du jour suivant, la figure est abattue; le bras n'offre plus rien de particulier, si ce n'est que son

épiderme se détache ; la piqûre de la veine céphalique fournit peu de pus ; le coude-pied gauche est engorgé, très-sensible, et déjà de la fluctuation s'y fait sentir. Le malade accuse de nouvelles douleurs dans le genou droit, qui paraît un peu tuméfié ; il souffre aussi dans la région de l'hypochondre droit, ce qui explique la teinte ictérique que nous avions déjà remarquée hier, et ce qui fait penser à quelque abcès formé dans le foie. Bernes cependant a éprouvé quelque temps de sommeil ; les nausées et les vomissements sont beaucoup plus rares ; il demande des aliments. (4 ventouses à l'hypoch. droit ; bouillon, tisane pect. ; cataplasmes sur les articulations douloureuses.)

Bientôt le bras droit n'est plus l'objet d'aucun pansement ; les douleurs de l'hypochondre cessent et la jaunisse a disparu. Mais l'articulation tibio-tarsienne gauche se remplit de pus, que l'on évacue par une incision réunie ensuite avec des bandelettes agglutinatives ; le genou droit est beaucoup plus engorgé et le siége d'une fluctuation très-sensible : il fait craindre un nouveau foyer purulent. Du reste, Bernes a beaucoup d'appétit et dort pendant plusieurs heures. (10 frictions avec 1 gros chaque d'onguent mercuriel au tiers, à faire sur le genou malade d'heure en heure ; aliments légers.)

La nuit suivante, le malade dort très-peu, à cause des souffrances qu'il éprouve dans la jambe droite, qui ne présente cependant rien de particulier ; le bras siége de la phlébite n'offre plus rien à noter ; le coude-pied gauche fournit encore du pus, mais cause moins de douleurs ; le genou droit est moins volumineux, moins douloureux. (4 frictions mercurielles *ut suprà* sur le genou droit, pruneaux, pommes cuites, vermicelle.)

Le lendemain, Bernes est inquiet et n'éprouve cepen-

dant que des douleurs légères au genou droit, dont le volume est revenu à peu près à son état naturel ; la fluctuation est plus obscure ; le coude-pied gauche ne donne que très-peu de pus ; le sommeil a été assez prolongé ; le malade a cependant ressenti de la chaleur, ce qui avait déjà paru hier. (5 pilules de 2 grains chaque sulfate de quinine, avec conserve de tilleul, à prendre chaque à trois heures d'intervalle.)

La chaleur se répète le jour suivant, et nécessite de nouveau l'emploi du sulfate de quinine, qui est suspendu deux jours après. Alors le genou droit n'offre plus rien à noter ; il en est de même du bras lésé et du coude-pied gauche, dont la suppuration est tarie. Le sommeil est, du reste, très-paisible ; l'appétit est bon. (Volaille et autres aliments légers.)

Cette amélioration se consolide chaque jour, et chaque jour les aliments sont augmentés ; mais, douze jours après cet état satisfaisant, Bernes se livre à des excès de régime très-considérables, et il est pris de diarrhée très-violente et de délire : du reste, le bras droit et les articulations malades ne participent nullement à ce nouveau dérangement. (Fomentations émoll. sur l'abdomen ; lavement sédat. avec amidon.)

Les deux jours suivants, la diarrhée a peu diminué ; la nuit est sans sommeil ; la figure du malade est triste et inquiétante ; le délire se prononce davantage. Cet état devient de plus en plus grave malgré les moyens énergiques et multipliés que l'on met en usage, et Bernes succombe deux mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie.—L'examen du cadavre nous a permis de constater l'émaciation considérable du membre thoracique droit qui avait été le siége de la phlogose des veines : la peau est ridée et flétrie ; les veines n'ont aucune altération,

à l'exception de la céphalique, qui avait été ouverte avec la lancette et qui avait été le point de départ de la phlébite. Nous ne pûmes retrouver cette veine dans le tissu cellulaire, avec lequel elle était confondue jusqu'au milieu du moignon de l'épaule, où elle se terminait en cordon fibreux et filiforme; au-dessus de ce point, elle était remplie de sang et nullement altérée. L'articulation scapulo-humérale correspondante n'offre pas de pus, tandis que celle du côté opposé, quoique sans altération organique, contient une cuillerée environ d'un pus louable et mêlé à de la synovie abondante ; les veines de ce dernier membre n'offrent, du reste, rien à noter, à part le sang liquide et sanieux qu'elles contiennent. L'articulation du genou droit, qui avait été le siége de douleurs vives et d'une fluxion que les frictions mercurielles avaient fait avorter, présente quelques cuillerées d'un pus grumeleux, sans altération des cartilages.

L'articulation tibio-tarsienne gauche contient encore du pus en assez faible quantité, mais les cartilages sont très-érodés et les ligaments altérés.

Le cerveau ne nous présente aucune altération, mais ses membranes sont pâles : l'arachnoïde extérieure surtout est d'un blanc nacré et beaucoup plus épaisse que dans l'état normal; quelques onces de sérosité s'écoulent de dessous la dure-mère.

Les poumons, le cœur, le foie et tous les autres viscères offrent un état tout-à-fait naturel et nullement des abcès que l'on avait droit d'attendre; seulement le rectum et l'S iliaque ont leurs parois doublées d'épaisseur : la muqueuse est boursoufflée, lobuleuse, ulcérée et recouverte d'espèces de pseudo-membranes. Le sang est sans altération sensible dans ces viscères.

Obs. 2e. — Un soldat du Génie, entré à l'hôpital au mois de janvier 1833 pour une bronchite légère, y fut saigné à la veine médiane basilique droite. La piqûre ne se cicatrisa pas, et au bout de peu de temps apparut une phlébite qui, d'abord locale et bornée au membre droit, fut bientôt suivie d'une réaction ou retentissement général éprouvé par le malade. Momentanément apaisés par des moyens actifs et bien dirigés, cette phlébite et ce trouble de l'économie reparurent vers le sixième jour, et furent accompagnés de douleurs vives dans plusieurs articulations éloignées du point primitivement lésé, alors que la veine enflammée laissait écouler du pus par son ouverture. A ces symptômes vinrent se joindre des douleurs thoraciques, cardiaques, hypochondriaques gauches, et une teinte ictérique. Bientôt, et tandis que la veine enflammée donnait encore du pus, l'articulation du coude-pied gauche, déjà douloureuse, présenta une fluctuation qui y fit redouter l'existence du même liquide, et le genou droit donna de semblables alarmes. Deux jours après, une ouverture pratiquée à la première de ces articulations laissa échapper du pus abondant et phlegmoneux, et, dès lors, la présence de ce liquide dans le genou droit ne fut plus douteuse. Le malade mourut.

A l'autopsie, on découvrit la veine primitivement lésée, et on la trouva incomplètement réduite en une sorte de tissu fibreux, indice d'un travail phlegmasique antérieur; les autres parties du système vasculaire veineux n'avaient éprouvé aucun changement pathologique. Les poumons, le foie, le cœur et enfin tous les viscères qui, d'après des symptômes effacés il est vrai long-temps avant la mort, paraissaient devoir être altérés, ne présentaient aucune lésion remarquable. Mais les

articulations contenaient encore du pus : ainsi, celle de l'épaule gauche, bien qu'elle n'eût pas subi de désorganisation, offrait une cuillerée de pus louable et mêlé à de la synovie ; celle du genou droit en renfermait aussi, mais les surfaces articulaires étaient saines, tandis que dans l'articulation tibio-tarsienne gauche les cartilages et les ligaments étaient érodés.

Voilà donc plusieurs collections purulentes éloignées, n'ayant eu aucune communication directe, produites par la même maladie et existant à peu près simultanément : il s'agit donc ici d'un cas d'*abcès multiples* dont la source générale a été une phlébite. Rappelons-nous que, vers le sixième jour de l'inflammation locale, le pus se montre à la veine droite piquée, et qu'en ce jour seulement le malade accuse les premières douleurs dans l'articulation tibio-tarsienne gauche, où dès-lors le pus devient rapidement manifeste, et que les mêmes phénomènes apparaissent plus tard dans le genou droit. D'un autre côté, si les symptômes d'une réaction fébrile se développent au début de la maladie, les défaillances, les douleurs thoraciques, cardiaques, etc., se manifestent alors seulement que du pus peut être exprimé de la veine enflammée. Ces simples rapprochements nous semblent démontrer suffisamment l'influence directe de la phlébite sur les désordres pathologiques survenus dans les articulations. Cette opinion est encore fortifiée par les conséquences qui découlent de l'état d'intégrité des tissus dans l'épaule gauche et le genou droit, où cependant se trouvait du pus. L'articulation tibio-tarsienne gauche, il est vrai, était altérée ; mais n'est-on pas en droit d'attribuer ces désordres anatomiques à la réaction locale qui a suivi les premières douleurs, et

surtout à l'inflammation consécutive, à la présence du pus et à l'ouverture faite pour lui donner issue, et par laquelle l'air peut avoir trouvé accès ?

Enfin, tant que les désordres pathologiques ont été principalement locaux pendant les trois ou quatre premier jours, les symptômes ont pu être amendés et calmés par des topiques; mais aussitôt que les douleurs articulaires ou thoraciques parurent, alors aussi l'abattement des forces, la décomposition des traits se prononcèrent davantage, et persistèrent bien que la phlébite brachiale fût en voie de guérison. Alors la présence du pus était manifeste dans plusieurs articulations, et il agissait sur toute l'économie en troublant les fonctions d'organes importants, tels que le poumon, le foie, etc.

D'autres faits de ce genre que nous avons observés ne nous permettent pas de méconnaître la phlébite, d'abord locale, comme la source des abcès métastatiques qui se montrent dans les jointures, sans altération de leurs tissus, et nous devons aussi reconnaître et noter le rapport marqué qui lie les douleurs thoraciques et abdominales, la prostration extrême du sujet, à la formation du pus dans la veine enflammée et à son transport dans le torrent circulatoire. Lorsque la phlébite existe depuis peu de jours et n'a pas encore donné lieu à une suppuration abondante, le même cortége de symptômes ne se ramarque point: on trouve des traces nombreuses de phlogose et des congestions sanguines irradiées, mais surtout jamais de pus dans les articulations, où il ne se montre qu'après une prostration prolongée de l'organisme. Le fait suivant nous a permis de constater, en pareille circonstance, l'absence du liquide purulent.

Obs. 3e. — Varices au membre inférieur gauche traitées par la suture entortillée ; phlébite violente : mort au 7e jour.

Rouve (Antoine), âgé de 53 ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution athlétique, avait, depuis l'âge de 18 ans, des veines variqueuses dans toute la face interne de la jambe et même de la cuisse gauche, qui lui causaient une gêne supportable, mais assez forte cependant pour entraver son service, quand il entra à l'hôpital Saint-Eloi le 30 mai 1837, pour une plaie légère à la jambe droite.

Le 29 juin, cette plaie étant guérie, le chirurgien en chef chercha à oblitérer la veine saphène interne, en passant sous elle deux aiguilles disposées en croix et cernées par un fil ciré fortement serré. Après 24 heures, cet appareil fut enlevé, et, sur les points occupés par les aiguilles, on disposa plusieurs morceaux d'amadou en forme de pyramide, maintenus par un bandage roulé convenablement serré et occupant la moitié inférieure de la cuisse.

Dans les premiers jours, le malade est pris de fièvre : il ressent, dans le trajet de la veine saphène interne, des douleurs croissantes et qui se propagent jusque dans l'abdomen; en même temps il éprouve des vomissements opiniâtres et maigrit rapidement. Ses traits altérés annoncent une anxiété profonde, la peau devient froide, et tout présage une issue funeste. (5 juillet, saignée du bras, 25 sangsues sur le trajet de la veine saphène.)

6 juillet. Le malade a maigri considérablement; il délire; la respiration devient de plus en plus embarrassée; il se plaint du thorax. La figure est cyanosée et les yeux sont saillants et ternes, le gauche est injecté en dehors; le facies exprime le rire sardonique; tout le corps est bleuâtre. Enfin, il succombe à 5 heures après midi.

Autopsie (8 juillet). — La tête n'a pas été examinée. Les poumons étaient presque entièrement noirs, et leurs bords postérieurs avaient la couleur de la rate; leur tissu était gorgé de sang noir et épais; vers la partie antérieure du poumon droit se trouvait une espèce d'ecchymose semblable à un caillot apoplectique, où le tissu était ramolli et analogue à un foyer purulent, à part la couleur. Les bronches étaient bleuâtres à leur surface interne, et leurs ramifications gorgées de sang noir et visqueux. Le cœur a le volume normal, mais il est flasque et ses cavités contiennent quelques portions de fibrine à demi colorée. Toute la face interne du cœur droit, principalement l'oreillette et les environs de l'orifice articulo-ventriculaire, sont d'un rouge violacé: cette coloration, dont les tissus sont tellement imprégnés qu'ils ne peuvent en être dépouillés par des lavages répétés, se continue dans l'artère pulmonaire, et surtout dans la veine cave inférieure; elle diminue dans les veines illiaques, mais elle reprend toute son intensité dans la veine crurale gauche et dans toute la partie supérieure de la saphène interne du même côté. Ces derniers vaisseaux ont deux fois plus de volume qu'à l'ordinaire; leurs parois ont triplé en épaisseur, et leur membrane interne est brunâtre et violacée. La saphène malade est sinueuse et dilatée au-dessus et au-dessous du genou; elle paraît rétrécie au point où les aiguilles ont été appliquées. Les ganglions de l'aine sont très-tuméfiés; les viscères abdominaux sont gorgés de sang noir, et les intestins grêles foncés et injectés en certains points. L'estomac lui-même est très-pointillé à sa grande courbure; le foie est volumineux, et ses veines sont violacées. Du pus nulle part, point de caillot de sang.

La source de cette affection et de la mort qui en a été la suite ne saurait être douteuse : l'inflammation de la veine saphène interne gauche soumise à la suture entortillée, en a été l'origine manifeste. Tous les accidents, tous les symptômes observés ont eu ce point de départ; la phlogose s'était propagée de la veine opérée à la crurale du même côté, à la veine cave, au cœur droit, à l'artère pulmonaire, et les poumons eux-mêmes avaient subi une altération sensible dans leur partie postérieure. Bien plus, il existait à la partie antérieure de l'un de ces organes, un abcès sanieux sous la forme d'ecchymose, contenant un liquide puriforme.

Voilà donc un exemple de phlébite étendue d'un point fort éloigné aux poumons par continuité des tissus, et donnant lieu à des symptômes de vive réaction, de délire et de trouble dans les fonctions thoraciques. Toutefois, la mort survient en peu de jours; la veine enflammée n'offre pas de traces de pus; on n'en trouve dans aucun point, et à peine une sorte d'ecchymose puriforme indique-t-elle l'imminence de sa formation. Pendant la vie, on ne remarque pas non plus l'abattement et le facies du collapsus typhoïde.

Quelles sont donc, dans ce cas, les causes ou les circonstances qui ont empêché la formation d'abcès métastatiques dans des organes éloignés? Une phlogose trop vive, qui n'a pas permis à la maladie de passer par ses diverses périodes, ou une trop courte durée. De même que dans le cas précédent, du pus aurait alors rempli la veine opérée et d'autres aussi, car cette production pathologique rencontrait les mêmes conditions favorables dans tout le système veineux, et surtout dans les poumons où déjà le pus se manifestait. Un peu moins d'intensité ou un peu plus de durée de l'inflammation, et ce

cas offrait un exemple remarquable d'abcès par métastase dont la source évidente était la phlébite.

Obs. 4e. — **Phlébite après une saignée, suivie d'abcès multitiples dans les poumons et dans plusieurs articulations.**

Au mois de mai 1833, un soldat est phlébotomisé au bras gauche; deux jours après, il ressent des douleurs vives à l'endroit de la piqûre, et la veine médiane basilique devient tendue, noueuse et sensible.

A ces premiers symptômes succède un état d'excitation générale avec congestion cérébrale, trouble des idées, fièvre et frissons irréguliers; la tuméfaction de la veine augmente, et la peau qui la recouvre prend une teinte rouge: on ne fait pas sortir du pus de la veine en la comprimant. Malgré plusieurs applications de sangsues, le régime et les moyens anti-phlogistiques, cette phlébite fait des progrès rapides; du pus se forme et sort par la plaie. En même temps le malade est pris de délire et entre dans un collapsus profond; il se plaint de douleurs thoraciques, et éprouve une toux sèche; le pouls est petit, troublé et irrégulier.

Deux jours après, écoulement considérable de pus par l'ouverture de la veine; respiration très-embarrassée; les articulations du genou droit et du coude-pied du même côté sont tuméfiées, douloureuses, mais peu rouges; diminution de la fièvre, abattement considérable, figure décomposée et terreuse, délire sourd, haleine fétide.

Cet état se continue et s'aggrave pendant les trois jours suivants: le ventre est météorisé, il y a de la diarrhée; adynamie profonde et mort.

Autopsie (36 heures après la mort). — La veine basilique est partout épaissie, fortement injectée, remplie d'un pus liquide, sanguinolent et évidemment puriforme

en plusieurs points; on rencontre aussi ce liquide, ainsi que des caillots sanguins et des flocons pseudo-membraneux, dans les veines brachiale et axillaire, qui offrent des traces de phlogose. Cette injection et cet épaississement membraneux se continuent dans la veine sous-clavière gauche, la veine cave supérieure, les cavités droites du cœur et l'artère pulmonaire; cependant on ne rencontre pas de caillots dans ces derniers vaisseaux.

Les poumons présentent, à leur partie postérieure surtout, mais aussi à la face antérieure, des abcès nombreux, séparés par du tissu fortement injecté ou même induré et hépatisé en certains points. Vers le centre du lobe droit et supérieur se trouvent plusieurs petits foyers sanieux, formés par une sorte de bouillie rougeâtre et légèrement blanchâtre. Certains de ces abcès sont fort petits, et n'en contiennent pas moins du pus; certains autres offrent le volume d'une noisette ou d'une noix. Malgré ces collections purulentes multiples, le tissu pulmonaire est en général peu altéré, si ce n'est autour de ces abcès.

Ce malade ayant été réclamé pour être enterré aux frais du régiment, on n'a pu ouvrir les articulations malades; mais la fluctuation existant au genou droit suffisait pour démontrer l'existence du pus. Il eût été intéressant de s'assurer si, dans cette articulation et dans les autres, les parties articulaires étaient altérées, et nous avons vivement regretté de ne pouvoir le faire.

Dans ce cas, comme dans le premier rapporté par nous, des abcès nombreux, développés en peu de jours, reconnaissent encore pour cause une phlébite qui a succédé à l'ouverture d'une veine. Les symptômes ont été d'abord ceux d'une vive réaction fébrile pendant les

quatre premiers jours, et bientôt sont survenus le collapsus, l'adynamie, les douleurs vives du thorax, la toux, le trouble du pouls et le gonflement fluctuant de plusieurs articulations; puis on a remarqué la fétidité de l'haleine et la prostration extrême : la mort est survenue vers le 9e jour. Il faut noter avec soin que tous ces derniers symptômes alarmants ont paru à peu près en même temps que du pus s'écoulait de la veine. Nouvel exemple de nombreuses collections purulentes formées sous l'influence d'une phlébite traumatique.

Aux faits que nous venons de rapporter il nous serait facile d'en joindre d'autres; mais leur analogie générale avec les précédents nous permet de les passer sous silence. Rappelons seulement que, dans le premier cas cité, la formation d'abcès dans les articulations n'a pu avoir lieu sous une influence autre que celle de la phlébite, et que, dans les deux derniers, on est conduit, en suivant la marche progressive de l'inflammation, à des altérations locales des poumons qui en sont évidemment la continuation. Rappelons aussi que les articulations qui contiennent du pus n'ont en général et, dans tous les cas, jamais au début, subi d'altérations pathologiques, et nous serons en droit de conclure que *l'inflammation des veines est une des sources générales des abcès multiples.*

Obs. 5e.— Cathétérismes, fausses routes, phlébite; abcès au genou gauche; pus et caillots sanguins dans les veines de la cuisse saine.

Un homme robuste, âgé de 58 ans, entré à Saint-Eloi le 16 avril 1835. Deux ans après une maladie vénérienne traitée et guérie, le malade ressentit une difficulté très-grande pour uriner, que l'on ne put surmonter par les sondes fréquemment introduites dans le

canal de l'urètre. Des douleurs vives se faisaient ressentir au périnée et à l'hypogastre. On pratiqua une ponction au-dessus du pubis ; on introduisit dans cette ouverture une canule, qui causa quelques douleurs dans les premiers jours. Le malade a conservé une sonde en argent au-dessus du pubis dans la vessie, quoique le canal de l'urètre soit assez libre et assez facile à sonder, ce qu'on n'a pu cependant faire. On a introduit une sonde avec facilité, par laquelle on a fait des injections d'eau tiède de manière à faire sortir le liquide par la sonde sus-pubienne, et *vice versâ:* l'eau poussée par cette dernièré sortait par le canal de l'urètre, seulement les deux bouts ne se rencontraient pas. Au-dessus de la symphyse pubienne existe une ouverture assez large communiquant avec la vessie, et autour de laquelle on voit une espèce de pavillon formé par des parties rouges et presque saignantes sur lesquelles appuient les liens qui maintiennent la sonde. Au-devant de cette dernière se trouve une plaque métallique pour empêcher la sortie de l'urine par les côtés, et pour attacher les liens contentifs. Le liquide n'est pas sorti librement par la sonde urétrale, ce qui est dû sans doute à la présence de quelques caillots de sang ou de mucosités dans l'œil de l'instrument. Le canal ne présente qu'un rétrécissement général dû sans doute à son inaction prolongée ; les obstacles sont très-faibles.

20 avril. On place une sonde de gomme élastique plus volumineuse que celle d'hier. Le malade a beaucoup souffert, mais il a uriné librement par l'urètre. (Bouillon gras.)

25. On met une sonde plus grosse encore, et les urines sont très-libres. La fistule sus-pubienne paraît se resserrer.

29. La verge est tuméfiée et douloureuse: la sonde était engorgée par des mucosités ; la fistule sus-pubienne se rétrécit sensiblement. On place une autre sonde plus volumineuse et qui a franchi tout le canal avec beaucoup de difficulté.

1er mai. Les urines ne peuvent sortir par l'urètre ; la sonde ne peut être supportée.

3. Les urines sortent par le pubis.

Même état. — Les urines sortent par la fistule et causent beaucoup de douleur. On introduit une sonde en argent, qui entre assez librement et sort avec des flocons de sang. (Bouillon gras.) Sommeil agité ; les urines ne peuvent s'échapper par l'urètre. — Douleurs au périnée. Le malade ne se lève pas, parce qu'il perdrait l'urine goutte à goutte par la fistule. (15 sangs. au périnée ; lav. émoll. ; b. g.)

Hier, il y a eu une espèce d'accès fébrile en froid et en chaud. Douleurs dans le genou gauche; veines du membre abdominal saillantes et sensibles.

5. Aujourd'hui, l'accès fébrile s'est répété. — Un érysipèle a paru au genou gauche. (Catapl. ; bain de siége ; orge, looch blanc.) Les urines coulent par la fistule.

6. Le malade a de la fièvre ; sa figure est décomposée ; il éprouve des douleurs thoraciques ; le genou gauche est très-enflé et fluctuant.

7. Le genou est enflé, très-sensible, rouge par plaques. Les veines de toute la face interne de la cuisse sont très-sensibles, bleuâtres ; le membre abdominal est sensible presque en tous points : il y a de la fièvre. Les urines n'ont pas coulé depuis hier, la fistule est presque fermée et ne les laisse pas passer. On introduit de nouveau l'ancienne sonde par la fistule : les urines sont bourbeuses, purulentes. (Tisane de chiendent ;

10 sangs. partie interne des cuissses ; catapl. avec laud. sur le genou ; lav. ; fom. émoll. sur le ventre ; inject. dans la vessie.)

8. Etat très-alarmant, abattement extrême : la respiration est gênée, la poitrine douloureuse ; le pouls petit, fréquent, filiforme ; les pommettes rouges, le ventre douloureux ; les urines ne coulent pas depuis hier. La verge laisse écouler des mucosités ; le genou gauche est très-enflé, rempli de liquide ; les veines du membre abdominal gauche très-marquées et cordiformes ; les veines du jarret et le mollet sont rouges, tuméfiés et d'une sensibilité extrême.

9. Le malade a perdu ses facultés intellectuelles. (20 sangs. au mollet ; fom. sédat. avec le laudan. et inject. émoll.)

Le malade est mort à minuit.

Autopsie. — L'articulation tibio-fémorale gauche était remplie d'un pus épais et fétide ; les surfaces articulaires étaient saines. Les veines du membre inférieur n'offraient rien d'anormal ; elles contenaient du sang liquide, couleur chocolat, et des caillots où l'on trouve un peu de pus. Le péritoine était dans l'état le plus naturel et n'offrait aucune perforation ancienne ni récente ; il n'y avait aucun épanchement abdominal. Le rein gauche était volumineux, fortement injecté, très-ramolli et rempli de flocons adipeux. Le rein droit était très-petit, très-friable, rouge et comme pulpeux, renfermant plus de graisse que le précédent.

L'ouverture sus-pubienne avait atteint le tiers antérieur et supérieur de la vessie et nullement le péritoine. Le trajet fistuleux était pratiqué entre les muscles droits et tapissé par un tissu noirâtre et résistant.

La vessie avait des parois de près d'un pouce d'épais-

seur, et dont toutes les tuniques, la musculeuse même, était fortement injectée; sa cavité très-rétrécie, et comme en raison de l'épaisseur des parois, offrait une espèce de valvule transversale, étendue d'un uretère à l'autre, rouge et résistante.

Le lobe moyen de la prostate très-développé, saillant comme une amande, offrait une espèce de bride au-dessous de laquelle la sonde pouvait pénétrer dans la vesssie; les lobes latéraux de la prostate, hypertrophiés et laissant écouler le liquide laiteux prostatique, étaient fortement séparés et entravés.

Le canal de l'urètre, ramolli et évidemment enflammé, était interrompu vers le tiers antérieur par un rétrécissement qu'on n'avait pas franchi; mais, en avant de lui, se trouvait une perforation de quelques lignes de l'urètre et du corps spongieux communiquant dans le tissu sous-cutané où s'était infiltrée l'urine. En arrière du rétrécissement se trouvait une autre ouverture par où la sonde entrait facilement par le canal; quelques lignes plus loin, existaient d'autres ouvertures par lesquelles l'urine s'infiltrait dans le tissu cellulaire sous-spongieux: le corps spongieux de l'urètre est perforé par autant d'ouvertures.

Le fait dont nous venons de parler est un exemple des connexions remarquables du *col de la vessie* avec les veines des membres inférieurs. L'observation enseigne que le col vésical a des relations variées et sympathiques, propres à expliquer bien des accidents à la suite de l'irritation de cet orifice pendant le cathétérisme, la lithotritie, la présence d'un calcul en ce point, etc. Nous avons été témoin de plusieurs cas de phlogose des veines du membre abdominal à la suite du broiement, notamment

chez un gendarme opéré par M. le professeur Lallemand. Cet homme vigoureux fut pris d'inflammation de la saphène interne, dont les conséquences ordinaires ne contribuèrent pas peu à sa fin rapide. Ce fait est semblable à celui publié par le professeur Blandin, qui écrit : « A l'ouverture du corps, on trouva dans l'urètre une pierre entière. La portion membraneuse de ce canal et sa portion prostatique étaient enflammées; les veines qui partaient de cette région contenaient du pus. Les deux poumons étaient enflammés; leur intérieur était parsemé d'un grand nombre de ces petits abcès que l'on rencontre dans ces organes, lorsque, par suite d'une phlébite, du pus en nature circule avec le sang (1). »

Le nombre considérable des veines du bassin et des organes génito-urinaires, leurs anastomoses multipliées, leurs liaisons avec celles des membres abdominaux, rendent compte de la facilité avec laquelle la phlogose peut se propager du col de la vessie aux régions éloignées. Toutefois il faut invoquer la sympathie pour concevoir le développement d'une phlébite de la saphène, peu de jours après l'irritation opératoire du col vésical. L'accident dont il s'agit se montre encore après la cystotomie. « Nous avons disséqué avec soin, dit M. Gendrin (2), trois sujets morts des suites de la lithotomie. L'un avait été opéré par le haut appareil, et les deux autres par l'appareil latéralisé. Nous avons trouvé l'inflammation de toutes les veines abdominales jusque dans la veine cave. Les veines vésicales et les hypogastriques étaient enflammées chez deux des sujets, dont celui opéré par l'appareil sus-pubien faisait partie. Chez le troisième, la veine hypogastrique gauche et la veine cave ascendante

(1) Parall. taill. lithot. Thès. Paris, 1834.
(2) Revue médic., 1826, T. II, p. 31.

étaient enflammées; il existait aussi une péritonite intense. »

La relation que nous signalons entre les veines du col de la vessie et les saphènes nous paraît exister encore avec les autres veines du bassin, si nous en jugeons par plusieurs faits dont nous avons été témoin. Au mois de janvier 1848, un sujet adulte se trouvait dans le service du professeur Blandin, qui lui ouvrit plusieurs fois, à l'aide du nouveau *pyulcum* de M. Guérin, un vaste abcès des lombes et de la fesse dépendant d'une carie des os voisins. A la suite de l'une de ces opérations, il survint l'inflammation des deux saphènes et les suites ordinaires de la phlébite.

Après avoir exposé les preuves à l'appui des conclusions que nous adoptons touchant la phlébite considérée comme source générale des abcès métastatiques, après avoir ainsi réfuté les antagonistes de cette opinion, passons à l'examen des principaux cas dans lesquels on observe la formation d'abcès multipliés provenant de l'inflammation des veines. Les violences faites aux veines superficielles, ou les plaies des veines sous-cutanées, sont les maladies dans lesquelles on rencontre fréquemment la production de métastases purulentes et d'abcès nombreux et éloignés. Vainement l'illustre baron Larrey proteste-t-il de l'innocuité des ligatures appliquées sur les veines à la suite des amputations (1). Le fait de ligature entortillée de la saphène interne gauche que nous avons rapporté, les résultats fréquemment mortels de l'opération des varices, du varicocèle, etc., par la ligature simple, parlent trop haut pour laisser le moindre doute dans notre esprit.

On a dit, peut-être avec raison, que l'action des caus-

(1) Clinique chir., T. III.

tiques et du cautère actuel favorisait moins le développement de la phlébite et de ses graves conséquences que ne le fait la ligature, et l'on a invoqué à cet égard les nombreux essais de ce genre tentés à l'Hôtel-Dieu de Lyon par M. le docteur Bonnet. Nous n'avons vu appliquer le cautère actuel sur des veines saines ou malades qu'un petit nombre de fois, et jamais il ne s'est développé d'inflammation grave ni d'abcès ; tandis que la ligature de ces vaisseaux nous a trop de fois rendu triste observateur du contraire.

Si la source des abcès métastatiques, à la suite des phlébites superficielles, est fort peu contestée, il n'en est pas de même quant à la *phlogose médullaire* ou diploïque, qui paraît être la cause des abcès éloignés et nombreux auxquels succombent si fréquemment les individus blessés à la tête. Depuis le mémoire de M. Raynaud (1), l'inflammation de l'organe médullaire, le passage du pus ou la propagation de la phlogose dans les veines superficielles et la formation d'abcès viscéraux ont été mis hors de doute. Vers la même époque, M. Monod publia un travail fort analogue pour les conclusions. « La suppuration du canal médullaire, dit ce médecin, est l'un des plus graves accidents qui surviennent après les amputations dans la continuité. J'ai lieu de croire que la suppuration de la moelle est plus facilement suivie de la résorption purulente que celle des veines du moignon. »

Cette conjecture nous semble justifiée par la rapidité avec laquelle les injections ordinaires, faites à travers les extrémités spongieuses des os, pénètrent parfois dans toutes les ramifications veineuses d'un membre. En plongeant l'extrémité d'une seringue pleine de liquide dans

(1) Thèses Paris, 1831, N° 20, p. 19.

l'épaisseur d'une malléole ou d'un condyle du fémur, on obtient parfois l'injection fort minutieuse du système veineux du membre inférieur. Nous eûmes connaissance de ce procédé d'injecter les veines pendant notre séjour à Lyon. Cependant, malgré les renseignements qu'on a bien voulu nous fournir à cet égard, malgré les essais nombreux auxquels nous nous sommes plusieurs fois livré dans les amphithéâtres de la Faculté, nous y avons réussi une seule fois : preuve que ces communications vasculaires ne sont pas bien faciles. . . . .

Obs. 6e. — Amputation du bras droit; phlébite médullaire, abcès intra-osseux : mort.

Un homme adulte et robuste entre à l'Hôtel-Dieu de Montpellier, au mois d'octobre 1856, avec une gangrène traumatique de la main et de l'avant-bras gauches ; l'articulation du coude a été aussi lésée et a subi une déformation marquée. Peu de jours après, on pratique l'amputation à la partie moyenne du bras ; quatre points de suture sont appliqués, ainsi que des bandelettes agglutinatives, pour obtenir une réunion immédiate. Bientôt la peau est déchirée par les points de suture, les lèvres de la plaie s'écartent, et un érysipèle envahit rapidement le moignon et l'épaule. Il ne tarde pas à survenir des symptômes de trouble intestinal, des douleurs thoraciques, de l'affaiblissement. La plaie laisse voir, en quelques points, des chairs fongueuses, la moelle de l'os boursoufflée et suppurante ; le moignon est tuméfié et très-douloureux. Tous ces symptômes s'aggravent, et cet homme succombe le 15 novembre.

A l'autopsie, on trouve une partie de la plaie du moignon cicatrisée ; l'extrémité de l'os, qui apparaît au niveau des chairs, est comme vermoulue à l'extérieur ;

le périoste forme une sorte de bourrelet; la moelle est tuméfiée, ramollie et saillante hors du canal osseux, qui, outre les traces évidentes de phlogose, renferme un abcès étendu jusque près de la tête de l'humérus. Les veines du moignon sont enflammées; les poumons offrent des traces nombreuses et évidentes de phlogose.

La *phlébite médullaire* était généralement admise, quand M. Gerdy est venu en nier l'existence. Beaucoup de médecins disaient comme M. Monod : « Une partie des amputés et la majeure partie des malades affectés de suppuration chronique des os, succombent à des résorptions purulentes qui ont lieu par les veines des os (1). » Le professeur Gerdy a mis en doute l'existence de cette lésion pathologique, en ces termes : « On n'a jamais évidemment démontré que ces phlegmasies suppurantes eussent leur siége dans les veines des os; car, à l'exception du tronc et des principales divisions des vaisseaux nourriciers du canal médullaire, on en distingue à peine quelques ramifications, tant leur finesse est excessive et dépasse la finesse des cheveux les plus fins (2). » Nous reconnaissons sans peine la justesse de la réflexion de M. Gerdy. Néanmoins, d'après les faits, il est évident que l'inflammation du tissu médullaire ou des veines des os, peut, comme la phlogose des veines superficielles, déterminer la production de pus dans le lieu primitivement lésé, et son apparition en des points très-éloignés.

Avant de passer à l'examen des abcès multiples qui surviennent à la suite des plaies de la tête, cas ayant une grande analogie avec le précédent, il est nécessaire de dire quelques mots de la manière dont le pus peut se former, pendant les phlébites, au sein des viscères ou

(1) Thèses Paris, 1831, N° 20, p. 21.
(2) Archiv. méd., T. X, p. 156 : 2e série, 1836.

des articulations. D'après nos observations et l'examen attentif des différents cas de phlébite que nous avons vus dans les hôpitaux, il nous semble rationnel d'admettre trois modes de formation de ces abcès par métastase à la suite de l'inflammation des veines : 1° absorption du pus en nature, 2° transport du pus sécrété dans la cavité des veines enflammées, 3° inflammation des veines du tissu même de l'organe au sein duquel ces abcès existent.

Les faits rapportés précédemment et leur discussion nous dispensent de revenir maintenant sur le transport du pus sécrété par les parois des veines enflammées; nous l'avons suffisamment démontré. Il en est de même de l'influence des globules de pus déposés dans les organes, où ils viennent jouer le rôle de corps étrangers irritants. Il nous importe beaucoup, au contraire, de savoir si le pus est susceptible d'être résorbé en nature et porté au loin pour y déterminer des abcès métastatiques, soit que les veines présentent des traces de phlogose seulement à leur orifice dans les foyers purulents, soit que les parois de ces vaisseaux restent complètement intactes.

L'absorption du pus en nature nous semble ressortir des faits dans lesquels nous avons vu la suppuration tarie dans le lieu de la phlébite, et du pus existant dans les veines phlogosées, à leur extrémité il est vrai, mais non dans la plus grande partie du trajet parcouru par ce liquide pathologique pour arriver au sein d'abcès éloignés. La production du pus par les veines enflammées a lieu ordinairement vers le cinquième jour après le début de la phlogose, comme le démontrent les faits cités précédemment et la plupart de ceux consignés dans les ouvrages. Cependant la résorption purulente cause souvent la mort du malade en deux ou trois jours, temps

pendant lequel se manifestent les symptômes d'un état typhoïde des plus graves. Il est peu de praticiens dans les hôpitaux qui n'aient vu survenir ces accidents funestes à la suite d'émotions pénibles, d'impressions vives et subites, ou de chagrins et de peines morales. Pour notre compte, nous avons observé plusieurs fois dans nos hôpitaux des faits analogues à celui que raconte Reydeler : « Un jeune homme, dit ce médecin (1), auquel on avait pratiqué l'amputation de l'avant-bras et qui allait fort bien, ne pouvant résister au désir, fit un excès de femme. Le lendemain, la plaie fut sèche; un point douloureux se manifesta sur la poitrine, et le malade périt le quatrième jour avec tous les symptômes d'une suffocation déterminée par une métastase purulente. L'ouverture du cadavre prouva que l'on avait bien jugé : les poumons et les plèvres étaient en suppuration. »

Sans vouloir entrer ici dans de grands développements, il nous semble que les faits de ce genre prouvent suffisamment l'absorption du pus et son transport au loin. Le pus fourni par la phlébite, comme nous l'avons déjà dit, se produit vers le cinquième jour, et lorsque, le quatrième jour après la disparition du pus d'un moignon, un individu meurt ayant des abcès formés dans les poumons et la plèvre, on ne peut rapporter ceux-ci à une phlébite locale. D'autre part, nous avons vu des cas où les veines du moignon, après une amputation, étaient peu enflammées et dans une faible étendue; et cependant du sang purulent existait dans des veines situées au-dessus vers le cœur, quoiqu'elles fussent intactes dans tout leur trajet.

Dans un cas dont nous avons été témoin, on ne peut attribuer qu'à l'inflammation et à la suppuration qui avaient détruit les corps caverneux de la verge, l'exis-

(1) Dict. des scienc. méd , T. XXXIII, p. 98.

tence du pus au milieu des caillots sanguins trouvés dans les veines de la cuisse. Ces vaisseaux, qui avaient été douloureux pendant la vie du sujet, n'offraient aucune altération après sa mort. Ce que nous avons vu dans cette circonstance a été rencontré et signalé par des observateurs justement estimés : « Ils renferment quelquefois des globules de pus, dit le professeur Velpeau (1), reconnaissables à l'œil nu. Il n'est même pas rare de rencontrer de véritables foyers purulents dans l'épaisseur des caillots un peu volumineux. » Le même auteur cite des cas d'abcès multiples avec présence de pus dans les veines, sans que leurs extrémités, plongées dans les foyers, soient enflammées. La résorption purulente nous paraît donc une vérité incontestable et l'un des modes de production des abcès multiples et éloignés à la suite de la phlébite. A cette absorption pathologique nous rattachons les abcès des articulations où nous n'avons pas rencontré d'altérations matérielles, tels que ceux cités dans nos Observations 1[re], 2[e] et 4[e]. A cette absorption, il convient de rapporter aussi les globules purulents au sein des caillots situés dans les veines saines ou dans des portions de poumon peu ou point altérées, comme cela arrive chez les amputés qui meurent promptement après que le pus a disparu du moignon.

Les *abcès du foie* à la suite des *plaies de tête* nous paraissent, en bien des cas au moins, dépendre de la même cause et du même mécanisme. Dans aucun des faits de blessure du crâne dont nous avons été témoin, nous n'avons vu survenir d'abcès de cette espèce, et nous sommes d'autant plus étonné de cette circonstance, que les diverses lésions de l'encéphale se sont souvent pré-

(1) Méd. opér., 2[e] édit., T. I[er], p. 93.

sentées à notre observation (1). Réduit donc à commenter les faits publiés dans les annales de la science, nous avons été conduit par cette étude à considérer les abcès multiples des poumons, du foie ou de la rate à la suite des plaies de la tête, comme la conséquence fréquente de la phlébite diploïque.

Selon Ribes, les sinus de la dure-mère présentent souvent des traces d'inflammation (2), et, dans presque tous les cas de fièvres adynamiques, les veines abdominales se trouvent lésées de la même manière. L'auteur donne l'histoire d'un personnage qui succomba aux suites d'une phlogose des sinus de la dure-mère, mais où il ne note point la présence du pus dans le sang de l'encéphale ni des organes éloignés. Abercrombie raconte le fait d'une demoiselle morte des suites d'une carie du rocher qu'avait déterminée l'inflammation des sinus voisins (3). M. Gendrin a publié l'histoire d'une accouchée ayant succombé à une altération multiple de l'encéphale, et chez laquelle on trouva les veines cérébrales moyennes remplies d'une substance puriforme qui en oblitérait la cavité ; cependant les viscères thoraciques et abdominaux n'offrirent aucune collection purulente (4).

Les cas où les veines de l'encéphale autres que les sinus sont enflammées, se rencontrent fort rarement; aussi avons-nous lu avec le plus vif intérêt l'observation publiée récemment par M. Girbal (5), d'une femme morte à l'Hôtel-Dieu de Montpellier dans un état apoplectique. A la nécropsie, on découvre, à part les altérations multiples de la substance cérébrale, dans le corps strié et à

(1) Etudes anat. path. de l'enc., etc. Montp. 1845, in-8°, avec pl.
(2) Revue médic. 1825, T. III, p. 8.
(3) The Edimb. medic. chir. journ., July. 1818.
(4) Revue méd. 1826, T. II, p. 43.
(5) Revue thérap. du Midi, 1850, p. 503.

la base de l'hémisphère droit de nombreuses veines dilatées, résistantes, dont les parois sont blanchâtres et infiltrées de matière plastique. A l'intérieur, ces veines offrent du sang coagulé, noirâtre, résistant, une fausse membrane, et sur certains points une matière grise puriforme: aucune collection purulente n'a été rencontrée ailleurs. A ces faits qui se rapportent à des lésions généralement peu étudiées, nous joindrons celui que M. le professeur L. Boyer a observé à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi, dans lequel les sinus se trouvaient non-seulement enflammés, mais encore les veines jugulaires, au sein desquelles on découvrait des pseudo-membranes et du pus diversement confondus avec le sang contenu dans ces vaisseaux. Si l'on examine la distribution des veines de la tête, on est frappé du nombre des anastomoses multipliées de ces vaisseaux. Une couche de veines est disposée au-dessous de la peau; un autre réseau non moins riche rampe dans l'épaisseur des os du crâne; un troisième système de conduits veineux comprend les sinus de la dure-mère; enfin, à la surface comme au sein de la pulpe encéphalique se trouve une quantité considérable de vaisseaux du même genre. Quand on remarque les liaisons infinies de toutes ces couches vasculaires, à la faveur surtout des émissaires de Santorini, on n'est point surpris de la propagation de la fluxion ou de l'inflammation de l'extérieur à l'intérieur de la tête, des os aux veines voisines ot éloignées; on est même étonné que cette migration pathologique n'ait pas lieu plus fréquemment encore.

Les contusions, les plaies diverses du crâne, de la tête peuvent donc aisément donner lieu à la phlogose de plusieurs des vaisseaux veineux, et aux suites prochaines et éloignées de cette redoutable inflammation. Une ob-

servation consignée dans le travail de MM. Castelnaud et Ducrest (1), forme en quelque sorte la transition entre les faits dont nous venons de parler et ceux que nous signalerons bientôt : il s'agit d'un jeune homme chez lequel on remarque surtout des frissons irréguliers, des symptômes cérébraux divers terminés par la mort au 22e jour. A l'autopsie, on découvre des abcès multiples dans le tissu cellulaire des orbites et dans les poumons, qui présentent, en outre, chacun une caverne et plusieurs foyers hémorrhagiques. Du pus se trouve dans presque tous les sinus de la dure-mère, dans les veines ophthalmiques, jugulaires, vertébrales, mastoïdiennes, sous-occipitales ; on note encore un épanchement de pus dans la cavité de l'arachnoïde, et un ramollissement superficiel du cerveau. Quand on suit la marche des symptômes offerts par ce sujet, on reconnaît d'abord une lésion des enveloppes encéphaliques et de la surface du cerveau, puis des orbites, étendue au cou, ensuite aux poumons ; ce qui prouve que la phlogose des sinus et des veines voisines a été la source principale de tous les désordres et des altérations purulentes survenues dans les veines du cou et dans les poumons.

L'inflammation des veines des canaux osseux du crâne détermine, d'après les observations de MM. Breschet, Reynaud, Monnod, Dubrueil, etc., la tuméfaction du périoste, la production du pus sous le péricrâne, l'engorgement des sinus et de la dure-mère, le ramollissement et l'injection du tissu osseux, dont la surface présente en certains points une sorte d'érosion. Ces altérations se rencontrent dans la plupart des cas d'abcès métastatiques développés au sein des viscères thoraciques ou abdominaux, à la suite des blessures de la

(1) Mém. Acad. méd., 1846, p. 138.

tête ; toutes cependant ne sont pas toujours notées par les auteurs; mais lorsqu'ils signalent avec détail l'état des os ou des parties environnantes, on trouve dans leurs descriptions une ou plusieurs des lésions propres à la phlébite diploïque. Ainsi, la cinquante-unième Lettre de Morgagni, § 18, contient l'histoire d'un enfant d'environ 15 ans, blessé au front par une pierre qui détermina d'abord de la commotion. Quinze jours se passent sans fièvre, et elle ne survient qu'au jour où la plaie laisse écouler beaucoup de sanie, et où l'enfant crache un peu de matière purulente : il succombe. A l'examen du cadavre, on trouve de *petits abcès* entre le péricrâne et les os, sans communication visible avec la blessure; les méninges ne sont point déchirées, le cerveau est exempt de lésions, et les ventricules contiennent seulement une quantité médiocre de sérosité ; les poumons sont extrêmement rouges et remplis de *petits abcès* purulents. Ainsi, abcès sous le péricrâne, l'encéphale était sain; abcès aux poumons : ces collections apparaissent à peu près en même temps que la fièvre survient et que des crachats purulents sont rendus, sans que l'on puisse attribuer celles des poumons à une lésion directe ou bien à une maladie antérieure de ces organes.

Le fait qui suit dans la même Lettre de Morgagni est encore plus probant. Blessure du crâne, aucun accident; vingt jours après, fièvre et frissons plusieurs fois; puis toux, d'abord sèche et enfin accompagnée de crachats purulents; abcès au dos, mort, sans que le malade ait éprouvé de lésions des fonctions encéphaliques. A l'autopsie, on trouve le frontal corrodé çà et là par la carie, qui en a même perforé un point; petits abcès entre la dure-mère et le frontal; sérosité à la base du crâne; poumons creusés par des abcès nombreux et peu éten-

dus: quelques-uns d'entre eux, dit Morgagni, passant de la nature du tubercule à l'état d'abcès, contiennent une sanie imparfaitement purulente; l'abcès du dos est environné de parties saines.

En comparant les symptômes offerts par ces sujets, la fièvre, les frissons, la toux sèche et plus tard les crachats purulents, nous y verrons une grande analogie avec ceux que nous ont présentés les individus atteints de phlébite. Ensuite le nombre, le volume, la forme et la composition des abcès des poumons, et leurs rapports avec ceux du crâne, établiront de fortes vraisemblances en faveur de l'opinion que nous avons émise. L'observation qui suit les deux précédentes dans le même auteur, où il est question d'abcès des poumons et du foie, vient appuyer ce sentiment.

Nous citons plus volontiers les écrits de Morgagni, à cause du grand nombre de détails que contiennent ses observations et de l'exactitude reconnue de ses recherches anatomiques. On ne peut guère adresser des éloges du même genre au mémoire de Bertrandi, où les termes les plus vagues, les renseignements les plus incomplets, sont donnés dans le seul but d'étayer une méthode favorite (1). Les faits rapportés par Andouillé dans le même recueil, sont un peu plus circonstanciés; aussi y retrouve-t-on une grande analogie avec ceux du professeur de Pavie. Ces derniers ont, enfin, des rapports remarquables avec le cas de l'Observation 14e des plaies de tête consignée dans la collection de M.-A. Petit (2). Ajoutons à ces faits ceux plus probants encore publiés par le docteur Legallois (3), où l'on rencontre le sang

(1) Mém. Académ. chir., T. II, p. 370.

(2) OEuvres posthumes, p. 212.

(3) Essai sur les maladies des Européens.

purulent cheminant depuis la plaie céphalique jusqu'aux poumons et même dans le foie. Après les exemples de ce genre, écrit cet auteur : « Identité de lésions, identité de la fibrine contenue dans les vaisseaux, mort presque subite, tout nous porte à rapporter la perte de ce malade à la même cause : le pus doit passer dans les vaisseaux. Une fois mêlé à la masse du sang, ce liquide, s'il se trouve en quantité suffisante, amènera les symptômes qu'il a coutume de produire. » Sans nous engager dans la discussion inutile des hypothèses avancées par Bertrandi, Pouteau, Larrey, Richerand, il nous semble, d'après les preuves énoncées, rationnel d'admettre, avec le professeur Velpeau, que des abcès métastatiques rencontrés dans les poumons et le foie, après les blessures de la tête, sont ordinairement le résultat du transport du pus ou du sang purulent du diploé aux viscères thoraciques ou abdominaux.

Un autre cas de phlébite où les abcès métastatiques se rencontrent assez souvent, est la *phlébite utérine*, coïncidant parfois avec la fièvre puerpérale, péritonite ou métro-péritonite puerpérale, etc. Parmi le peu de renseignements anatomo-pathologiques fournis par les médecins du siècle dernier, on trouve cependant des détails qui montrent l'analogie de cette espèce d'inflammation veineuse avec celles dont nous avons parlé précédemment. Ainsi, Lind mentionne les abcès du foie; Withe raconte quelques faits peu circonstanciés et semés de termes vagues sur les altérations organiques (1).

Les écrivains de notre siècle mettent en général, dans leurs écrits, plus de précision, plus de renseignements nécroscopiques. Donnant le résumé de sa longue pratique à l'hôpital de la Charité, le docteur Martin, de Lyon,

(1) Avis aux femmes enceintes, 1774, p. 377, etc.

ajoute, à propos de la *fièvre puerpérale putride :* « Les fièvres puerpérales peuvent se terminer par des métastases qu'on appelle improprement laiteuses, qui décident des dépôts purulents de très-mauvaise nature et fort difficiles à guérir, surtout lorsqu'ils se manifestent aux environs des articulations et qu'on a l'imprudence de donner issue au pus par de larges ouvertures. Ces dépôts commencent presque toujours par une *infiltration ou œdème* au centre duquel s'établit un foyer purulent susceptible de s'accroître *avec rapidité ;* des douleurs vives précèdent et suivent ordinairement leur formation, et ces douleurs existent encore long-temps après que l'on a donné issue au liquide purulent. La résolution de ces *jetées* puerpérales se fait quelquefois spontanément ; souvent je l'ai obtenue à l'aide d'évacuants par haut et par bas, lorsqu'il n'y avait pas de phlegmasie évidente (1). »

La manifestation rapide de ces dépôts autour des articulations, commençant par une sorte d'œdème précédé de douleurs vives, augmentant avec rapidité et souvent sans phlegmasie évidente, n'est-elle pas produite par une cause semblable à celle qui détermine les abcès métastatiques précédemment étudiés ? Nous le pensons, et n'hésitons pas à attribuer leur formation à une métastase purulente.

Nous devons encore signaler un cas remarquable d'abcès métastatiques à la suite de la phlébite : celui que présentent certains nouveau-nés atteints de l'inflammation de la veine ombilicale. On lira avec intérêt les observations publiées sur ce sujet par le docteur Duplay (2).

(1) Mém. de méd. et de chir., 1835, p. 31.
(2) Journal *l'Expérience*, T. II, p. 6-49-52.

Obs. 7e. — Kyste osseux; opération, inflammation : mort, abcès métastatiques.

N***, 30 ans; sanguin, cultivateur: entré à l'hôpital le 20 janvier 1855. Issu de parents sains, il n'avait eu aucune maladie du genou, quand, il y a cinq ans, une dureté se montra au-devant de la rotule à gauche, et prit de plus en plus de l'accroissement à la suite d'une chute sur cette partie qui fut environnée d'ecchymose. Le genou revint à son premier état. Il y a environ trois semaines, à la suite d'une nouvelle chute sur cette partie malade, une tumeur considérable survint en avant et en haut. Elle est douloureuse, arrondie, et rend les mouvements impossibles.

Opéré le 9 février 1855, le genou a présenté un kyste du volume d'une grosse orange, à parois osseuses, contenant une matière épaisse, consistante, jaunâtre, gorgée de sang dans certains points, un caillot dans certains autres: le kyste entier va jusqu'à la surface articulaire. La rotule n'a pu être retrouvée qu'en une lame mince, épanouie, large à la partie postérieure du kyste et faisant corps avec lui; il paraît même que la tumeur était formée de la propre substance de la rotule, dont la lame compacte, élargie, épanouie, constituait l'enveloppe de la tumeur totale. Après avoir fait une incision cruciale sur le genou et avoir lié les vaisseaux, on entre dans la tumeur avec difficulté, vu l'épaisseur et la dureté des parois qu'on est obligé d'exciser avec de forts ciseaux; on enlève des caillots et des portions consistantes, comme lardacées, de tumeur: un coup de bistouri parvient par mégarde dans la profondeur de l'articulation. Le prolongement considérable de ce kyste dans tout l'article ne permet pas de l'enlever entièrement; on en laisse un

tiers, sur lequel on entasse de la charpie pour remplacer la portion enlevée, et l'on recouvre avec les quatre lambeaux de peau soutenus par un bandage en 8 de chiffre.

Les deux premiers jours, le malade se trouve assez bien; le troisième, on donne en quatre fois 1 gramme de tartre stibié dans une cuillerée de tisane : ce qui provoque des nausées et des vomissements; le quatrième jour, le pouls donne encore 115 pulsations.

13. On suspend l'émétique. (Potion 1 once sirop diacode.) Après l'opération, on a prédit la nécessité prochaine de l'amputation, vû le délabrement du genou, et peut-être la mort.

14. On enlève le premier appareil : la charpie était imbibée de pus, le fond de la plaie vermeil. — On a replacé un pareil bandage ; le malade a peu souffert.

16. On panse chaque jour la plaie, que l'on entoure d'un appareil fait avec des bandelettes, de manière à rapprocher les lambeaux.

17. Même pansement. — Suppuration abondante et de bonne nature, sommeil paisible, pouls calme. Les bords sont rapprochés; du fond de la plaie s'élèvent des bourgeons charnus. On entoure toute la plaie avec du diachylon, qui en rapproche mieux les bords.

20. On panse chaque jour de la même manière; on étanche le pus avec de la charpie; l'on réunit avec du diachylon. Le malade repose : peu de fièvre.

23. Le malade repose moins ; frissons pendant la nuit. — La suppuration abonde; pouls fébrile.

25. La fièvre persiste ; le pus augmente de quantité.

27. Mieux sensible. On excise en partie les parois osseuses du kyste, qui gênait la cicatrisation. Le pus est très-abondant ; on réunit par des bandelettes.

2 mars. Le malade a une face jaunâtre, émaciée : pus très-abondant. L'état général est désespéré ; le fond de la plaie est ulcéré : la fièvre continue.

4. Le malade est très-affaibli. — Fièvre ; la langue présente une petite eschare ; le pus est très-abondant, de mauvais aspect.

7. Les phénomènes de colliquation ont paru ; la langue est recouverte d'une eschare ; la peau est jaunâtre, le facies très-émacié ; le pus a disparu presque tout-à-coup. Douleurs aux hanches et aux épaules ; pouls petit et fébrile. Beaucoup de délire, la nuit ; pendant le jour, le délire augmente et le malade se meurt.

8. Le malade est mort.

Autopsie. — L'autopsie a permis de reconnaître des abcès dans les articulations, du membre supérieur gauche surtout : ce qui rend compte des douleurs qui siégeaient dans ces parties. Les articulations coxales, quoique non altérées, étaient aussi le siége de ces abcès ; dans le genou le pus avait rempli l'articulation par une perforation au-dessous du kyste, du diamètre d'un pouce. Le kyste a été reconnu formé par la rotule, dont le tissu spongieux, gorgé de sang, a constitué les parois par son extension. Le tissu fibreux environnant appartenait aux aponévroses du membre inférieur ; les veines profondes contenaient du sang puriforme ; les plèvres contenaient beaucoup de liquide séro-purulent.

Ici, le point de départ de la suppuration métastatique est au genou, tandis qu'à la suite des plaies à la tête il se trouve au crâne ; mais cette différence de siége de la phlébite ne change en rien la nature de la lésion, l'analogie de ses suites, la ressemblance enfin de ces abcès multiples. La rotule, comme les os du crâne, ren-

ferme du tissu spongieux, des canaux veineux communiquant par un grand nombre de vaisseaux avec les parties voisines et éloignées, de sorte que la phlogose des veines spongieuses ou diploïques doit avoir des suites analogues. Dans le cas que nous venons de citer, le foie n'a point présenté d'abcès, il est vrai ; mais les collections purulentes situées dans plusieurs articulations éloignées du point primitivement enflammé, montrent une transmission purulente analogue dans l'un et l'autre cas. Enfin, l'existence d'un sang puriforme au sein des veines profondes de la cuisse découvre le mécanisme de la migration de la matière pathologique. Nous pouvons donc considérer les faits de ce genre, non-seulement comme des exemples d'*abcès multiples* survenus dans des endroits fort éloignés du siége de la phlébite, mais encore comme fort analogues à ceux de la phlébite diploïque, dont ils confirment les conséquences.

En remarquant d'un côté la facilité avec laquelle les injections artificielles parviennent de la surface des séreuses ou des synoviales aux veines voisines et éloignées, et d'un autre côté la gravité des inflammations aiguës des articulations, nous sommes porté à croire que l'état d'affaissement, de prostration auquel succombent les malades alors, est quelquefois au moins le résultat de l'infection purulente causée par la résorption du pus provenant de la phlogose de la moelle. Nous avons été témoin d'un fait intéressant qui se rattache à la question dont il s'agit, car nous nous rappelons que l'extrémité de l'os renfermé dans le moignon de l'amputé offrait une moelle saillante, grisâtre et évidemment enflammée.

Obs. 8e. — Ulcération cancéreuse de la main, etc.; amputation, phlébite: mort, abcès multiples des poumons.

François Fumel, âgé de 70 ans, entre à l'hôpital Saint-Eloi le 2 décembre 1835. Il est atteint d'une vaste ulcération cancéreuse qui lui a dévoré une partie de la portion voisine de l'avant-bras; cette ulcération a commencé, il y a un an, par un petit durillon, et a depuis lors été le siége de douleurs vives et continuelles: la partie de l'avant bras qui est au-dessus d'elle, est légèrement engorgée jusqu'au coude. Le malade est, du reste, dans de très-bonnes dispositions pour une opération; les ganglions lymphatiques de l'aisselle correspondant sont à l'état normal; les organes des cavités splanchniques paraissent sains.

16 septembre. Le professeur Serre pratique l'amputation de l'avant-bras vers la partie moyenne, où il existe un peu d'empâtement, comme nous l'avons déjà dit, par la méthode à lambeaux. L'opération n'offre rien de particulier.

17. La réaction est telle, qu'elle doit être modérée, parce que le malade est âgé et faible.

18. Il est survenu du gonflement au moignon; une douleur vive et brûlante s'y fait ressentir, le plus léger contact fait pousser des cris au malade. Le pouls est fréquent, peu développé; le soir quelques nausées.

19. Même état du moignon: la réunion immédiate paraît s'être faite dans toute l'épaisseur du lambeau, la peau seule n'est pas encore réunie; la plaie que laisse l'écartement de ses bords est linéaire et n'a pas mauvais aspect. La langue est sèche, brunâtre à sa partie moyenne; les nausées n'ont pas reparu; le ventre est indolore; le pouls est peu fréquent, peu développé et sans consistance.

20 décembre. Le moignon est toujours gonflé, excessivement douloureux ; la langue est noirâtre et sèche, le pouls est fréquent, misérable : le malade est dans un abattement remarquable et annonce sa fin prochaine.

21. Le gonflement du moignon s'est étendu au bras; les bords de le plaie se sont un peu écartés et donnent une petite quantité de pus séreux ; une vive douleur se fait ressentir depuis hier à l'épigastre. La langue, toujours noirâtre, a perdu sa sécheresse; l'abattement est encore plus prononcé, le pouls sans la moindre consistance. Le soir, la respiration est fréquente, la langue a repris sa sècheresse : il meurt à 11 heures.

Autopsie (33 heures après la mort). — Les veines du moignon sont enflammées ; la cubitale, la radicale et la moitié inférieure de la brachiale contiennent du pus : cette dernière est remplie d'une matière couenneuse. A sa partie supérieure, on ne trouve qu'une légère rougeur dans la sous-clavière correspondante, et qui disparaît même à son union avec celle du côté opposé. Les cavités droites du cœur ne présentent pas la moindre trace de phlogose ; les artères du membre n'offrent que peu de rougeur : on remarque seulement que leurs parois sont plus épaisses, plus dures qu'elles ne devraient l'être. Tous les nerfs du même membre, depuis la plaie jusqu'à la clavicule, présentent un gonflement remarquable, sans rougeur ; on dirait le névrilème distendu par un liquide : coupés avec le scalpel, il n'en sort cependant aucune humeur et on n'y voit rien de particulier. Un peu de pus sous le deltoïde. Les ganglions axillaires sont un peu gros, adhérents aux vaisseaux, et sont d'une dureté prononcée, ainsi que la graisse à laquelle ils sont unis : il y a commencement de dégénérescence. Les poumons contiennent quelques petits abcès à leur partie posté-

rieure. Un peu de rougeur dans l'estomac. Les autres viscères sont sains.

La moelle de l'humérus n'est pas restée étrangère à la phlogose dont les veines nous offrent des traces remarquables ; toutefois nous ne saurions établir entre ces différentes altérations une filiation rigoureuse. Ce fait n'en est pas moins un exemple d'abcès multiples des poumons, des muscles, dépendant évidemment de l'inflammation des veines de l'intérieur ou du pourtour des os.

Parmi les quatre faits de métrite et de phlébite utérine rapportés par Dugès (1), nous voyons les douleurs articulaires vives signalées dans un cas où la mort est survenue au 12e jour de la métrite ; du pus existait dans les veines utérines. Nous pourrions parler encore de certains autres cas de phlébite dans lesquels il se forme des abcès multiples ; mais ceux dont nous avons exposé les caractères nous semblent suffisants pour considérer le problème agité ici comme convenablement apprécié.

La *phlébite*, avec toutes ces conséquences, peut débuter par l'un *des viscères;* nous venons de signaler le cas le plus fréquent sous ce rapport : la phlébite utérine. La rate, les reins, le foie, le poumon, le cerveau, etc., en sont parfois le siége : ainsi, nous lisons l'histoire d'un individu mort d'infection purlente suite de l'inflammation première des veines de la rate (2). F. Ribes a fréquemment rencontré la phlogose des branches de la veine porte ou de ce tronc lui-même. « Les veines de l'abdomen, dit-il (3), y sont très-sujettes, telles que la veine

(1) Des maladies de l'utérus, etc.
(2) Union méd., 1850, p. 405.
(3) Revue médicale, 1825, T. III, p. 8-40.

cave et ses branches. Les veines porte, ventrale et hépatiques, ainsi que leurs ramifications, sont encore plus souvent affectées de phlébite que les autres veines de l'abdomen. » L'auteur est disposé à rapporter les fièvres adynamiques à cette altération des vaisseaux du ventre ; ce qui nous paraît très-contestable.

Chez un étudiant en médecine confié à nos soins pour une urétrite, nous avons rencontré les veines dorsales de la verge tendues, volumineuses, douloureuses, enfin enflammées jusqu'au-dessous de la symphyse des pubis. La guérison eut lieu sous l'influence des anti-phlogistiques et des frictions mercurielles. Nous lisons un cas d'inflammation partielle de la *veine porte* ou pyocélie consécutive, observé par le docteur Monneret (1) : la lésion des fonctions hépatiques et des accès de fièvre irrégulière furent les principaux symptômes chez ce sujet.

En résumé, les abcès multiples reconnaissent souvent l'inflammation des veines pour origine : que l'on admette la résorption purulente ou la phlébite simple ; ce qui ne détruit en rien le principe. Ces abcès peuvent se montrer dans toutes les parties successivement ou simultanément ; mais les grandes articulations, les poumons et le foie sont les organes où ils siégent ordinairement. Enfin, toute inflammation veineuse ne donne pas constamment lieu à des abcès multiples : il faut surtout que la phlébite existe depuis un septénaire ordinairement, et que l'intensité et la multiplicité des lésions ne déterminent pas une maladie suraiguë et très-promptement mortelle.

L'infection purulente provenant de la résorption du pus a lieu de plusieurs manières : tantôt les veines sont les voies de transport ; tantôt les lymphatiques remplissent

(1) Union médic., mai 1849.

la même fonction pathologique ; en d'autres fois, enfin, les uns et les autres de ces vaisseaux ou le tissu cellulaire paraissent être les moyens de la migration du pus. Cette résorption morbide s'opère à la surface cutanée, dans l'épaisseur des tissus normaux, ou bien en des cavités de nouvelle formation. Nous signalerons chacun de ces cas.

Chapitre deuxième.

De la lymphangite et de la résorption du pus considérées comme sources d'abcès multiples.

Fréquemment nous avons vu des abcès formés au sein des ganglions lymphatiques disparaître spontanément. Ces faits semblent démontrer l'absorption du pus par le système lymphatique. Les abcès qui constituent des *bubons* s'effacent parfois en peu de jours, comme nous en avons eu une preuve remarquable chez un étudiant en médecine atteint de deux tumeurs de cette espèce : nous ouvrîmes l'une, qui fournit plusieurs cuillerées de pus ; l'autre se dissipa sous l'influence des applications de pommade nitratée. Les abcès produits au sein des bubons sont fréquemment développés dans l'épaisseur des ganglions ; ce dont on s'assure par la dissection des sujets morts scrofuleux à la suite des altérations de ce genre, et par l'examen des cas pareils à celui que nous allons bientôt rapporter, où il est aisé de constater l'état des parties circonvoisines.

Obs. 9e. — Un fait digne de servir d'exemple touchant la production d'abcès multiples par l'inflammation des lymphatiques et l'absorption du pus formé au sein ou autour de ces vaisseaux, c'est celui de M. F. S., pharmacien, qui, au mois de mai 1849, fut brusquement pris d'une douleur vive de la jambe droite, à la suite d'une

écorchure du coude-pied. Un violent frisson annonça le développement de tous les autres symptômes : fièvre, excitation générale, céphalalgie, soif, douleur à la partie interne de tout le membre abdominal, où des rubans rosés, sinueux, superficiels et très-sensibles ne tardent pas à se montrer. Bientôt les ganglions inférieurs de l'aine se gonflent; les lymphatiques enflammés sont de plus en plus apparents et très-douloureux; les tissus environnants deviennent engorgés, et tous les symptômes fébriles se prononcent davantage. Malgré l'emploi des narcotiques et des anti-phlogistiques locaux et généraux, la phlogose fait des progrès rapides; des tumeurs rouges et du volume d'une noisette ou d'une noix se forment en plusieurs points du trajet des lymphatiques lésés; la fluctuation y est manifeste. Alors les frictions mercurielles, mises en œuvre depuis la veille, arrêtent la marche du mal. La tuméfaction des parties s'efface progressivement; les collections purulentes suivent la même voie rétrograde; les ganglions lymphatiques se dégorgent plus lentement. En même temps la fièvre et les autres phénomènes généraux disparaissent; les urines sont épaisses, les selles abondantes et diarrhéiques; le malade ne tarde pas à reprendre sa santé première, sans aucun autre accident (1).

Dans l'observation que nous allons raconter avec tous ses détails, nous avons vu l'association d'un phlegmon diffus à une lymphangite, chez un homme affecté d'un état scrofuleux et adynamique porté à un haut degré. Là, nous avons pu reconnaître des abcès multiples dans les ganglions lymphatiques eux-mêmes, l'influence de la diathèse scrofuleuse pour la production d'un désordre semblable dans les deux membres, enfin l'insuffisance des

(1) Chirurg. conservat Montpel., 1850, p. 125.

frictions mercurielles contre un état morbide si compliqué.

Obs. 10e. — Nécrose centrale du calcanéum; résection de cet os; lymphangite; fusées purulentes dans les deux membres inférieurs : mort.

(Observation de M. A. Delpech, chef de clinique.)

Dupré, âgé de 22 ans, teint brun, complexion faible, né dans le département de la Drôme, dans un pays de montagnes, profession de maçon. — Etat du malade au moment de son entrée à l'hôpital : gonflement considérable du talon gauche; plusieurs trajets fistuleux paraissent aboutir au calcanéum; une cicatrice non adhérente sur le coude-pied du côté droit; au-devant de la région trochantérienne du côté droit, une ulcération couverte d'une croûte épaisse et d'apparence scrofuleuse; à la partie supérieure et un peu interne de la cuisse gauche, un ulcère d'aspect également scrofuleux, au-dessous duquel se trouve un ganglion engorgé. Une exploration faite avec le stylet démontre que les trajets fistuleux du pied droit pénètrent même jusque dans l'os. Mais il a fallu, pour que cette exploration amenât un résultat satisfaisant, chloroformiser le malade, sa sensibilité extrême ne permettant pas l'introduction du stylet.

Il y a deux ans, à la suite d'une marche forcée pendant laquelle les pieds du malade étaient gênés par ses bottes, gonflement du talon gauche, développement d'un abcès sur le coude-pied du côté droit. Cet abcès s'est percé, et la maladie de ce pied s'est terminée par une cicatrice assez large, mais non adhérente, au bout de douze jours : il n'est pas sorti de fragment d'os. La maladie de l'autre pied a été seule sérieuse. Pendant les deux premiers mois, les douleurs ont été très-vives, l'engorgement très-considérable : cet homme était obligé

de garder le lit. Le troisième mois, il s'est trouvé presque guéri et a pu reprendre son travail pendant cinq mois, bien qu'il s'écoulât toujours un peu de pus par les trajets fistuleux. Au bout de ce temps, le malade a éprouvé une recrudescence, et il n'a pu reprendre ses occupations jusqu'à son entrée à l'hôpital. Il n'est jamais sorti de fragments d'os par les trajets fistuleux.

Après plusieurs semaines d'un traitement infructueux, M. le professeur Alquié se décide à pratiquer la résection du calcanéum. Chloroformisation ; anesthésie facile et complète. On emploie la chloroformisation intermittente pendant l'opération. Un orifice fistuleux se trouvait au-dessous de la malléole interne, et un autre au-dessous de la malléole externe. Une ligne d'encre, devant diriger l'opération, réunit en arrière ces deux points fistuleux, de manière à circonscrire le calcanéum par un arc de cercle dont la partie moyenne correspondait à la pointe du talon.

1er *temps*. — Dissection du lambeau de peau d'après le tracé fait à l'encre. Ce lambeau de peau est taillé de telle sorte que sa face supérieure ne présente pas de godet, mais bien une surface plane incapable de retenir le pus. Deux ligatures sont faites pendant cette dissection qui a donné lieu à un écoulement peu considérable de sang.

2e *temps*. — Section de la portion du calcanéum dénudée par la dissection du lambeau de peau. On aperçoit alors sur la surface de section de l'os des crevasses, des cavernes, dont nous parlerons à propos de l'autopsie du fragment d'os réséqué ; et à l'aide d'une gouge et du maillet, on enlève toutes les parties qui paraissent attaquées.

3e *temps*. — Le lambeau de peau est ramené au contact avec la surface de section de l'os. Des points de

suture sont appliqués, ils sont soutenus par des bandelettes agglutinatives. On applique dessus de la charpie, des languettes, et enfin une bande roulée entourant le pied et la partie inférieure de la jambe.

Lésion anatomique du calcanéum : dans une loge creusée dans l'intérieur du calcanéum se trouvait un séquestre du volume d'une amande.

4 septembre, 1er jour de l'opération : état satisfaisant. — 5 septembre, 2e jour : le malade demande à manger. —6 septembre, 3e jour : fièvre ; on remarque un eczéma labialis. —7 septembre, 4e jour : céphalalgie, pouls agité ; la nuit d'hier à aujourd'hui a été bonne. — Premier pansement, pendant lequel le malade souffre beaucoup. Les pièces du pansement fait immédiatement après l'opération étaient médiocrement souillées ; les points de suture sont restés en place. On applique de nouvelles bandelettes et un cataplasme entre deux linges, sans autre pièce de pansement.

8 septembre, 5e jour.— Fièvre, hier soir, avec céphalalgie violente. On change les bandelettes : douleurs vives pendant le pansement. Gonflement considérable qui fait craindre la rupture des points de suture; une quantité considérable de pus s'écoule par la pression. Rubans rouges au genou et à la partie supérieure de la cuisse, chaleur au membre, un peu de fièvre, langue blanche. (Opium 0,05, potage.)

9 septembre, 6e jour.— Une lymphangite superficielle de la jambe et de la cuisse devient évidente ; douleur à la jambe. On enlève trois points de suture; pus grisâtre, très-liquide, coulant abondamment par la pression ; un peu de fièvre; ardeur du membre. Le malade prétend n'avoir pas eu de frissons. — (Prescription : 3 frictions avec l'onguent mercur. belladoné, potage, opium 0,05.)

11 septembre, 8e jour.— Rêvasseries pendant la nuit; gonflement de la jambe et de la cuisse; la lymphangite persiste. Douleurs vives pendant le pansement; même pansement que précédemment: des bandelettes et un cataplasme. On continue les frictions mercurielles. (Volaille.) — On extrait de la vessie, par le cathétérisme, un litre d'urine accumulée depuis trois jours. (Opium 0,05.)

14 septembre, 11e jour.— Pouls rapide; pas beaucoup de chaleur. (Suspendre l'opium.) La lymphangite paraît diminuer.

15 septembre, 12e jour. — Même état; le pus prend une couleur jaunâtre; pas d'appétit. (Mêmes prescriptions, et de plus 30 gramm. vin de quinquina.)

16 septembre, 13e jour. — Langue de couleur normale, teinte jaune-sale de la peau; pas de douleur à la région du foie ni à l'épaule droite. Le fil de l'une des ligatures tombe; la cicatrisation commence à s'effectuer vers l'un des angles de la plaie. Le reste comme précédemment.

17 septembre, 14e jour. — Langue ayant une couleur normale; pouls assez bon. On suspend les frictions mercurielles. La cicatrisation fait quelques progrès; cependant on remarque une eschare de peu d'étendue au lambeau de peau, vers la pointe du talon. On supprime les cataplasmes; bandelettes, plumasseaux, charpie bien matelassée au-dessous du pied; point de bandes. On place le genou sur un plan plus élevé que le pied, pour empêcher les fusées purulentes vers la racine du membre.

18 septembre, 15e jour. — Rougeur à l'aisselle, avec douleur à la pression; teinte légèrement jaune des conjonctives; teinte jaune-brun de la peau; gonflement de la jambe, avec œdème gardant profondément marquée

l'empreinte des doigts ; douleur à la jambe quand on la touche ; douleur aux deux épaules. On cherche à faire fuser le pus, s'il en existe, de la jambe vers le pied ; mais il ne s'en écoule pas par le pied pendant cette manœuvre. La langue a une couleur normale. Le malade se plaint de sècheresse au gosier ; constipation : le malade est allé trois fois depuis l'opération ; il est pourtant allé avant-hier. Le pus qui s'écoule par la plaie est séreux, contenant des grumeaux. — Pansement comme hier. (Mêmes prescriptions.)

20 septembre, 17e jour. — Langue un peu sèche ; ictère général ; rougeurs cuivrées sur certains points du corps, à la cuisse, à l'aine, au tronc, à l'aisselle, toujours du côté du membre malade ; pouls moins fort que les jours précédents. La jambe, très-enflée, présente des phlyctènes vers le talon ; la plaie n'offre aucune tendance à la cicatrisation, le pus qui s'en écoule ressemble parfaitement à des œufs brouillés ; les environs de la plaie paraissent menacés de gangrène. (Frictions mercurielles sur la cuisse et l'aine, potage, 30 gramm. vin de quinquina, orge édulcoré.)

24 septembre, 21e jour. — Pus de la plaie semblable à des œufs brouillés ; gonflement du pied, de la jambe et de la cuisse ; plaie au mollet, d'où s'écoule un pus jaunâtre et que l'on peut faire fuser de loin ; plaie à l'aine tout-à-fait semblable à celle de la jambe, plaie à la partie externe du genou gauche, eschare au sacrum. Il suffit de soulever le membre et de le tenir saisi pendant quelque temps pour voir l'épiderme s'enlever, du pus suinter, et une plaie se former. Le membre inférieur tout entier présente de la fluctuation ; il est d'une couleur rouge-brun qui gagne le tronc. Toute la peau du corps a une teinte ictérique ; le malade accuse des douleurs au

genou droit. Langue sèche, pouls presque normal. Pansement avec le quinquina.

27 septembre, 24e jour. — Quantité énorme de pus qui s'écoule par les plaies, de telle sorte que, sur les points où se trouvent les plaies, le membre en est baigné; œdème du prépuce produisant un phimosis. On panse avec le quinquina.—28 septembre, 25e jour: traits tirés, face terreuse, pouls plus petit et plus rapide.

29 septembre, 26e jour. — Tout le membre inférieur gauche, par suite du dégorgement produit par l'écoulement du pus à travers les plaies, est amaigri; la peau en est ridée. Les plaies de ce membre deviennent toujours plus nombreuses; tous les points qui sont pendant quelque temps exposés à une pression quelconque, deviennent bientôt le siége d'une excoriation et d'une plaie.

30 septembre, 27e jour. — La face se décompose; la peau de la face se colle sur les os; elle a une teinte plombée. Le membre inférieur droit tout entier est œdémateux et le siége de douleurs, comme avait été le gauche; le genou droit est enflé et rouge: on y perçoit la fluctuation, mais le liquide qui produit ce phénomène paraît situé au-devant de la rotule et non dans l'intérieur de l'articulation. Toux fréquente; frissons et bouffées de chaleur pendant la nuit. (2 pilules avec 0,05 cyanure de potassium données à un intervalle de deux heures l'une de l'autre.)

1er octobre, 29e jour. — Le pied droit très-enflé, presque des phlyctènes; l'épiderme prend dans ce point une teinte noire; la toux persiste.

2 octobre, 30e jour. — Le malade se soutient encore; il jouit pleinement de ses facultés, et répond sans difficulté aux questions qu'on lui adresse.

3 octobre. — Mort.

Autopsie (le 4 octobre). — Le calcanéum du pied gauche était en partie recouvert de pseudo-membranes très-adhérentes à l'os. Il existe beaucoup de pus à la partie externe de la plaie et sur le trajet de la veine saphène interne, dont les parois sont altérées vers la partie moyenne de la jambe. La peau de la jambe se trouve décollée sur toute la partie postérieure du membre; le tissu cellulaire est en grande partie infiltré de sérosité et de pus. A la partie interne et autour de la malléole interne, on voit une grande infiltration de matière plastique et purulente. Les muscles jumeaux sont recouverts de matières purulentes et altérés surtout vers le creux poplité. La veine saphène interne est saine dans la cuisse. La région externe et sous-cutanée de l'aine est infiltrée de pus ; on y voit quelques ganglions lymphatiques renfermant de petits foyers purulents et comme tuberculeux. Les téguments sont détruits dans une grande étendue de la cuisse, ainsi que de la jambe et du pied. Les vaisseaux poplités et tibiaux profonds n'offrent aucune trace d'inflammation. Le tissu cellulaire sous-cutané est infiltré de pus et mortifié sur le dos du pied. Autour du nerf saphène externe, la gaîne celluleuse se montre infiltrée de matière plastique et purulente, et fortement pourvue de capillaires artériels. Le nerf tibial sous-cutané se trouve au milieu d'une infiltration purulente et plastique. Il n'existe pas de pus dans les articulations.

Le membre droit offre une infiltration purulente et plastique de toute la partie antérieure et sous-cutanée de la jambe et du pied, et surtout autour du nerf tibial sous-cutané. Certaines veines sous-cutanées des deux membres, quoique rétrécies et dures, ne paraissent pas avoir été enflammées. Il existe un abcès sous-cutané au-

dessous de la rotule de ce côté, sans traces de travail inflammatoire dans les tissus ambiants. Point de pus dans l'articulation du genou correspondant. Il y a une grande infiltration séreuse dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse, où on voit un engorgement fibrino-purulent sur le trajet de la veine saphène interne, qui ne participe pas à cette altération. Les gros vaisseaux n'offrent aucune trace d'inflammation.

Du côté de la poitrine, on voit un épanchement d'un demi-litre de sérosité citrine dans l'intérieur de la plèvre gauche et du péricarde, sans pseudo-membranes de ce côté. Le poumon gauche offre une hépatisation grise et partielle, avec de petits abcès nombreux non encore complètement ramollis, ou plutôt des dépôts fibrineux d'apparence tuberculeuse; muqueuse bronchique injectée; les veines de ce poumon paraissent exemptes d'inflammation. On voit de grands caillots décolorés dans l'intérieur de l'oreillette droite du cœur, ainsi que dans les ventricules de ce viscère, qui ne présentent aucune trace d'inflammation. Le foie n'offre aucune altération, aucun abcès, aucune induration; on y remarque seulement quelques adhérences. — Rien autre.

Le malheureux jeune homme dont nous venons de raconter l'histoire se trouvait sous l'influence du tempérament lymphatique et de l'affection scrofuleuse très-prononcés. Aussi portait-il des traces nombreuses de cet état morbide, où la débilité entrait comme élément important, quoique consécutif; aussi les abcès des pieds, de l'aine, de l'aisselle, etc., s'étaient-ils développés avec une grande lenteur et sans caractères marqués de phlogose. Tel a été encore le cachet de la formation des désordres purulents qui, survenus après une grave opération

entreprise dans le but de sauver un membre si compromis, ont entraîné la perte de notre malade. Sans doute les rougeurs rubanées et superficielles qui se sont montrées quelque temps après la résection du pied, annoncent une lymphangite, dont l'état de certains ganglions de l'aine nous confirme l'existence; sans doute l'infiltration de pus et de fibrine dans le tissu cellulaire sous-cutané démontre un travail phlogistique; mais ces mêmes altérations ne reconnaissent pas pour élément principal l'inflammation. L'état général du sujet, l'atonie et la lenteur des symptômes, la destruction par une sorte de diffluence des téguments, l'apparition des mêmes désordres matériels au membre opposé et exempt de toute lésion provocatrice, l'aspect du pus, tout enfin annonce la prédominance d'un vice morbide, d'une affection profondément adynamique dont l'influence a dirigé les altérations organiques. Il s'agit donc ici d'un exemple où la phlogose a existé comme élément secondaire, et la cachexie scrofuleuse comme une condition prédominante dans la production non-seulement des abcès multiples existant avant l'opération, mais encore des abcès survenus ensuite à l'aine, au genou, au jarret, au mollet, au dos du pied des deux membres inférieurs.

Quoique ce malade n'ait pas eu aussi des frissons violents, comme on les rencontre chez la plupart des sujets robustes qui sont saisis d'inflammation des veines, des lymphatiques, ou de résorption brusque de pus, néanmoins il a éprouvé presque tous les jours des frissons légers, du froid, que nous avons eu soin de constater. Un autre caractère qui nous fit prévoir dès la première semaine le développement de désordres purulents, c'est l'apparition de la teinte jaunâtre, dont nous n'avons pu nous rendre compte que par l'infection

purulente effectuée à l'aide des lymphatiques, car l'appareil biliaire s'est montré intact pendant la vie comme après la mort. La nécropsie nous a rendu raison des douleurs accusées par ce sujet dans les membres lésés, en nous découvrant les nerfs musculo-cutanés entourés de pus et de capillaires jusque dans leur gaîne fibreuse et comme disséqués dans presque toute leur étendue. Une autre remarque doit porter sur l'altération des poumons : hépatisation grise, grains plastiques fort nombreux, abcès petits et très-rares, muqueuse bronchique rouge , veines intactes quoique remplies de caillots vers leurs racines. Ces désordres ne nous paraissent pas propres à la phlébite, que nous n'avons remarquée nulle part d'une manière incontestable, mais à une phlogose ou pneumonie chronique et atonique, comme toutes les altérations organiques formées chez le même individu. Nous ne serions pas éloigné de croire que l'infection purulente, à la faveur des lymphatiques d'abord lésés, n'ait été une condition du développement de ces altérations pulmonaires; celles-ci, d'ailleurs, nous représentaient en certains points le même aspect que nous a offert un des ganglions inguinaux, qui extérieurement ne paraissait pas altéré, mais renfermait dans le centre cinq petits amas de matière purulente et épaisse.

Nous reviendrons plus loin sur l'absorption du pus en général, comme cause de l'infection purulente; nous avons voulu prouver par des faits que le système lymphatique pouvait reprendre le pus déjà formé et par conséquent être une des voies de l'infection. Il nous reste à démontrer qu'après avoir absorbé le pus, les lymphatiques peuvent le transporter au loin, produire l'infection et les dépôts purulents qui en sont la suite ordinaire.

Parmi plusieurs cas intéressants dont nous avons été

témoin, l'un d'entre eux appartenait à un homme mort à l'Hôtel-Dieu, et nous a présenté un exemple remarquable de l'absorption du pus par les vaisseaux lymphatiques et de la formation d'abcès multiples sur le trajet de ces vaisseaux. Au-devant des membres pectoraux, sous la clavicule, autour du sterno-cléïdo-mastoïdien, existaient des abcès constitués par du pus demi-crémeux et mêlé de flocons blancs, enfin du pus scrofuleux. Ces abcès, au nombre de dix environ, étaient entourés ou traversés par des vaisseaux lymphatiques. Ceux-ci, très-volumineux et renflés d'espace en espace, contenaient un liquide puriforme où se trouvaient des grains blanchâtres et semblables à la matière, plus épaisse il est vrai, que renfermaient les poches purulentes formées par la plupart des ganglions. Ceux-ci offraient une chaîne continuée en des intervalles par des cordons lymphatiques remplis de liquide puriforme, que la pression du doigt ou du scalpel faisait cheminer. L'état des vaisseaux lymphatiques ainsi remplis de matière purulente nous rappelait la lésion signalée par M. Amussat sur un sujet dont les lymphatiques iliaques étaient énormément distendus.

Quoique ce que nous avons rencontré soit loin d'être le même que ce que M. Amussat a découvert, et que le professeur Breschet a reproduit dans sa thèse de concours (1), néanmoins, en certains points, le gonflement des vaisseaux était considérable. Les parois de ces vaisseaux avaient plus d'épaisseur qu'à l'état normal; cependant ils n'offraient pas d'induration, de ramollissement, enfin les caractères de la phlogose : ce qui nous porte à les regarder non comme enflammés, mais comme habituellement distendus par une lymphe plus ou moins purulente.

(1) Thèses Paris, p. 262.

On a prétendu aussi rejeter le cas de la présence du sang au sein des vaisseaux lymphatiques. Mais nous sommes loin d'admettre une grande différence de volume entre les globules du pus et du sang. Si nos recherches ne nous ont pas abusé, les globules du sang n'ont pas tous un égal volume, et plusieurs ont des dimensions au moins aussi fortes que celles des globules purulents, auxquels ils nous ont paru très-semblables : c'est ce dont nous nous occuperons plus loin.

Après ce que nous venons d'exposer sur la formation des abcès multiples provenant de la résorption purulente opérée par les lymphatiques, sur la présence du pus dans des vaisseaux qui se continuent avec des ganglions enflammés où ils avaient pris le liquide pathologique, il nous paraît convenable de ne pas nous appesantir sur la *lymphangite;* néanmoins nous devons montrer, par les résultats de l'observation clinique et nécroscopique, l'inflammation des lymphatiques comme une source générale des *abcès multiples.*

Obs. 11e. — Lymphangite du membre inférieur ; abcès multiples.

Au mois de mai 1838, un jeune homme vint à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi pour y être traité d'une nécrose du tibia droit. Vers la partie inférieure de la jambe, il existait des trajets fistuleux, par lesquels on fit à diverses reprises l'extraction de plusieurs fragments de séquestres. — A la suite de l'une de ces tentatives chirurgicales, nous vîmes se manifester sur la partie antérieure et interne de la jambe une série de lignes, rosées d'abord, puis rouges et rougeâtres, formant des espèces de plaques élargies en certains points ; en même temps les ganglions inférieurs de l'aine droite devinrent engorgés et douloureux : le malade eut de la fièvre le soir.

Le lendemain, les traînées rouges sont plus marquées, les plaques rougeâtres sont fort sensibles et le deviennent davantage les jours suivants; enfin, le 6e jour, la fluctuation est manifeste dans plusieurs de ces tumeurs que l'on ne tarde pas à ouvrir, et qui fournissent du pus peu abondant. La fièvre persiste, elle est même assez forte; la langue est sèche; il y a soif, chaleur élevée, céphalalgie, enfin des sueurs abondantes.

Malgré ces symptômes alarmants, les abcès fournissent peu de pus; on voit même certaines tumeurs précédentes s'affaisser et disparaître sans s'être ouvertes: des topiques émollients, des tisanes et des potions gommées et opiacées, la diète et le repos suffisent pour améliorer l'état de ce jeune homme. Au bout d'une semaine après l'ouverture des premiers abcès les traces de lymphangite ont disparu; le malade séjourne encore plusieurs mois à l'Hôtel-Dieu pour la nécrose de la jambe dont il n'obtient pas une guérison complète, et revient à son pays.

Y avait-il d'autres abcès plus profonds dans le membre de cet individu? Y en avait-il en d'autres parties du corps? Nous ne le pensons pas, quoique le trouble de toute l'économie ait été fort grave pendant plusieurs jours. Ce fait nous offre donc un exemple d'abcès multiples, et démontre aussi que l'inflammation des vaisseaux lymphatiques est capable de donner lieu à des abcès nombreux et profonds.

A la suite de la métrite puerpérale, on rencontre assez souvent les lymphatiques remplis de pus et de petits abcès multiples sur le côté du détroit supérieur du bassin, dans les fosses iliaques, dans l'abdomen, au sein des articulations, dans la cavité des séreuses et même au milieu du foie et des poumons, enfin à peu près dans les mêmes points qu'à la suite de la phlébite. Toutefois

la lymphangite nous a paru produire plus souvent des amas de pus dans les jointures, entre les os ou sous la peau, que dans les poumons, le foie, la rate; et nous savons que ces derniers organes sont le siége ordinaire des abcès provenant de la phlébite ou du transport du pus par les veines.

Une différence encore entre ces deux formes d'abcès multiples, c'est en général le petit volume de ceux provenant de la lymphangite, leur fréquence et leur multiplicité moindres. Enfin, il est facile de se tromper sur les abcès lymphangitiques et peu éloignés du point de départ de la phlogose: parfois il nous est arrivé de prendre pour un abcès extérieur au vaisseau l'amas purulent formé dans la cavité même de ce dernier, et depuis que nous nous sommes ravisé à cet égard, nous sommes persuadé avoir commis antérieurement plusieurs erreurs de ce genre. Du reste, l'une et l'autre position n'en sont pas moins des exemples d'abcès multiples produits par la lymphangite. Le pus contenu dans ces sortes d'abcès est-il pur? Nous ne le pensons pas.

Il nous paraît difficile de distinguer ordinairement le mélange du pus avec la lymphe, qui, selon toutes les probabilités, doit y être réunie, surtout dans les abcès au sein de la cavité d'un vaisseau lymphatique distendu en un ou plusieurs points. Les annales de la science renferment d'assez nombreux exemples d'abcès multiples dépendant de la lymphangite.

Dans son grand ouvrage d'anatomie pathologique, le professeur Cruveilhier rapporte des faits où il qualifie la lymphangite utérine du nom de *typhus puerpéral*, pour désigner l'état fâcheux des nouvelles accouchées provenant de l'inflammation des lymphatiques utérins et du passage du pus dans le torrent circulatoire. Sans ad-

mettre les exagérations évidentes que renferme l'ouvrage remarquable de M. Allard sur les résultats de la lymphangite, néanmoins, en certain cas, l'auteur a été fondé à avancer que les engorgements des extrémités inférieures chez les accouchées, ou les prétendus dépôts laiteux, sont des produits de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques (1). Si, en effet, le plus souvent l'œdème des femmes en couches est le résultat de la phlébite, du moins la lymphangite n'y est pas toujours étrangère, comme le prouvent les faits publiés par M. Velpeau (2), par M. Allonneau (3). Nous regarderons cette maladie, dit Capuron (4) avec Antoine Petit et le docteur Gardien, comme une phlegmasie des glandes et des vaisseaux lymphatiques disséminés dans la cavité du bassin et sur l'étendue des membres abdominaux. Lisez encore les observations sur la lymphangite utérine publiées par MM. Danyau, Baudeloque neveu, Tonnellé, Monod, Duplay, etc., etc., et vous aurez sous les yeux des preuves suffisantes pour reconnaître l'inflammation des vaisseaux lymphatiques comme l'une des sources générales des abcès multiples.

Après ce que nous venons de dire sur le passage du pus dans le sang à la suite de la phlébite, nous avons peu de choses à ajouter touchant l'inflammation des lymphatiques, à cause de la similitude des fonctions de ces vaisseaux et des veines. Après l'inflammation des ganglions ou des vaisseaux lymphatiques, on voit parfois survenir tous les symptômes de l'*infection purulente* du corps humain, infection qui s'est opérée par les vais-

(1) De l'inflam. des vaisseaux lymph., etc., 2e édit ; préface.
(2) Arch. génér., T. VI, 1824, p. 228, etc.
(3) Journal complémentaire, T. XXXVIII, p. 10.
(4) Trait. malad. femm., p. 552.

seaux lymphatiques, dans lesquels le pus mêlé à la lymphe a été transporté au loin et a produit des dépôts purulents. Nous avons été témoin d'un fait remarquable à cet égard. Le malade étant mort, l'autopsie a présenté les particularités suivantes : le peu d'altération des plans fibreux, au milieu desquels se trouvaient des abcès nombreux, l'absence de traces de phlogose dans ces parties, la ressemblance frappante du liquide purulent contenu dans ces abcès avec celui que l'on trouvait dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques situés dans l'épaisseur ou autour de ces collections de pus, nous permettent de penser qu'il s'agissait d'une résorption purulente et du transport du pus par les vaisseaux lymphatiques.

Ce fait prouve que ces abcès multipliés ont été le résultat de l'inflammation des ganglions ou des extrémités des vaisseaux lymphatiques, et que ceux-ci ont absorbé le pus ramassé dans le foyer ; il constate, enfin, la production de ces sortes d'abcès par le transport du pus opéré au moyen des vaisseaux lymphatiques qui ont pris ce liquide dans un point éloigné. Cette vérité nous paraît, en outre, démontrée par les faits de ce genre consignés dans les annales de la science.

Au rapport de M. Cruveilhier (1), Dupuytren trouva les lymphatiques de l'abdomen et les ganglions entièrement injectés par du pus résorbé dans le tissu cellulaire sous-cutané d'une tumeur inflammatoire, située à la partie supérieure et interne de la cuisse. Une observation de M. Velpeau signale un assez grand nombre de vaisseaux lymphatiques pleins de pus ; le canal thoracique lui-même en contenait. Les faits de ce genre nous obligent à reconnaître la résorption du pus par les vaisseaux

(1) Anat. pathol., vol. II.

lymphatiques, qui vont ensuite former au loin des amas purulents. Nous convenons toutefois que ce mode de formation de ces sortes d'abcès nous a paru beaucoup plus rare que celui dont nous allons nous occuper.

L'on cite un exemple de *pus transporté* au genou et en diverses autres parties du corps *par des veines saines :* le pus avait été pris, en ce cas, dans le corps caverneux de la verge enflammé et suppurant. Plusieurs fois, en ouvrant des sujets atteints d'abcès multipliés aux poumons, à la suite des grandes opérations ou d'abcès trop promptement dissipés, nous avons cru au transport du pus aspiré et charrié par des veines d'ailleurs saines.

Toutefois, ne nous ayant pas été permis d'examiner souvent tous les détails de ces faits, nous préférons étayer d'abord notre opinion sur la résorption purulente d'observations recueillies et publiées par des hommes dignes de confiance.

« Il y a environ six ans, dit M. Ribes, que j'ai rencontré du pus dans les veines. Cette matière n'était pas le produit de l'inflammation de ces vaisseaux, car la tunique interne était blanche et nullement altérée ; mais le nombre des observations que j'ai recueillies depuis m'a prouvé qu'il y avait toujours des abcès ou des foyers purulents dans quelque partie du corps, de sorte que j'ai regardé le passage du pus dans les vaisseaux comme le résultat de l'absorption veineuse.... Dans les cas d'abcès du foie, dans la vomique, dans le cas de suppuration des différentes parties des membres et d'abcès en diverses articulations, j'ai rencontré du pus dans les veines adjacentes et quelquefois même dans les veines éloignées du lieu malade, tantôt avec, tantôt sans altération du tissu de ces vaisseaux. »

Dans l'observation que nous venons de citer, apparte-

nant à M. Velpeau, on rencontra du pus, non-seulement dans les lymphatiques, mais encore dans les veines dont la membrane interne n'offrait aucune altération. « La preuve qu'il en est souvent ainsi, dit encore le même professeur dans sa *Médecine opératoire*, c'est que j'ai trouvé nombre de fois du pus en abondance au milieu des viscères, quoique les veines qui plongeaient dans les lésions intérieures fussent à peine phlogosées, et qu'il n'y eût aucune trace de phlébite sur les autres points de leur trajet. Depuis qu'on a nié la possibilité de ce fait, j'en ai constaté de nouveau l'existence sur un grand nombre de sujets; entre autres, sur une femme qui succomba aux suites d'une lésion traumatique profonde du pied, à l'hôpital Saint-Antoine, en 1829; sur un blessé de juillet mort au 20e jour d'une amputation de cuisse, en 1830, à la Pitié, et où je fis remarquer l'absence de toute phlébite à M. Bérard, qui avait également adopté la phlegmasie veineuse comme cause première des abcès métastatiques; et, depuis lors, sur plus de vingt sujets différents. »

Comme cette question a été et se trouve encore fort controversée, il nous paraît convenable de rassembler en sa faveur toutes les preuves dont nous avons connaissance. A cet égard, M. Sédillot nous en fournit de remarquables. L'une d'elles a rapport à un militaire mort des suites de l'infection purulente survenue après l'amputation d'un doigt atteint d'ostéite chronique. A l'autopsie, on découvre du pus dans presque toutes les veines du membre lésé. L'extrémité de ces vaisseaux plongeaient dans des abcès sanieux et putrides du petit doigt. « En examinant, dit l'auteur (1), la paroi interne des veines, on trouva que celles de la face palmaire étaient saines

(1) Infection purulente, p. 230, 239, 242, 247, 252.

jusqu'à la région moyenne de l'avant-bras ; à partir de ce point, leurs parois étaient très-épaisses, rougeâtres...: les veines qui partaient des environs de la plaie présentaient aussi moins de traces d'inflammation. »

Parlant d'un deuxième individu mort à la suite d'une fracture compliquée de la cuisse droite, résultat de l'infection purulente par introduction directe du pus dans les veines où les globules furent retrouvés au milieu du sang, le professeur de Strasbourg constate que les veines saphène et crurale sont saines dans toute leur étendue, et qu'une collatérale ulcérée s'ouvre largement dans le foyer du moignon. « La dissection la plus attentive, ajoute-t-il, ne révéla aucune trace de phlébite, mais démontra que des veines ulcérées à la surface du moignon avaient dû se laisser pénétrer par le pus, et que telle avait été la principale source de la pyoémie. » Telle est encore l'expression de l'observation d'un tisserand atteint d'une carie du gros orteil gauche qui nécessita la désarticulation suivie de pyoémie mortelle par introduction directe du pus dans les veines; de celle d'un cantonnier amputé de la jambe pour une carie du pied droit, et mort des suites de l'infection purulente par le même mécanisme. Nous avons recueilli l'observation suivante qui nous paraît bien mériter d'être rapportée telle que nous l'avons publiée il y a dix-sept ans (1).

Obs 12e. — Main gauche désorganisée par l'éclat d'une arme à feu; amputation au-dessus du poignet : mort; abcès dans plusieurs viscères.

Bonnet, âgé de 22 ans, d'un tempérament sanguin, vit le canon d'un fusil éclater dans sa main gauche; il tomba privé de connaissance, et fut aussitôt transporté à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi le 18 janvier 1835.

(1) Gaz. méd. Paris, 1835, p. 236.

Les métacarpiens de la main blessée, isolés les uns des autres, laissaient voir à nu un grand nombre de fractures; la paume de la main, réduite en lambeaux, offrait à découvert les arcades palmaires, sur lesquelles on fut forcé d'appliquer plusieurs ligatures : en un mot, il était évident que l'amputation était indispensable. La réaction inflammatoire ne s'était pas encore manifestée, et Bonnet consentit, quoique avec peine, à faire sans retard le sacrifice du membre.

Quelques heures après, M. Serre pratique l'amputation au-dessus du poignet; trois points de suture réunissent immédiatement les lèvres du moignon, que l'on entoure d'un bandage léger; l'on place l'avant-bras en demi-flexion, afin de mettre les muscles dans le relâchement; un aide tient continuellement la main appliquée sur le moignon pour en modérer les soubresauts. (Potion avec 20 gouttes de laudanum, le matin, contre l'irritation nerveuse, premier élément de l'inflammation; le soir, saignée du bras, quoiqu'il n'y ait pas encore de fièvre.)

Le malade jouit du plus grand repos pendant 48 heures, et ne ressent pas de mouvement fébrile; mais il est inquiet sur la position nouvelle et malheureuse à laquelle va le réduire la perte de sa main. On pratique le cathétérisme toutes les quatre heures, pour évacuer les urines dont l'émission est difficile, état que le professeur Serre attribue à la position horizontale du malade, et que l'on ne pouvait rapporter à aucune lésion des organes génito-urinaires. Le jour suivant, la réaction commence : les soubresauts du membre amputé sont peu fréquents; un julep avec 12 gouttes de laudanum est prescrit, afin d'assoupir le malade et de l'arracher à ses tristes réflexions. (Saignée légère; tilleul.)

Le lendemain, Bonnet a bien reposé ; il accuse cependant des douleurs dans l'hypogastre ; le pouls est petit et fréquent, la langue humide : on enlève le premier appareil. Le moignon est recouvert d'un pus de bonne nature et peu abondant, les lèvres en sont peu tuméfiées ; le membre n'est du reste ni engorgé ni sensible. (Bouillon ; tisane d'orge gommée ; 10 sangsues à l'épigastre ; fomentations émollientes.)

Les deux jours suivants se passent dans un calme parfait : le moignon offre peu de suppuration ; les douleurs de ventre ont cessé ; les urines coulent librement. Le malade demande quelques aliments, que M. Serre, vu son état satisfaisant, croit pouvoir lui accorder. Le lendemain, l'amélioration augmente, et l'on augmente aussi les aliments. Mais Bonnet ne se contente pas de la nourriture que le chirurgien en chef lui a accordée ; il s'en procure du dehors et en abondance. Aussi, dans la soirée, il ressent de vives douleurs dans le flanc droit ; il a de la fièvre et de la diarrhée : une indigestion paraît la cause de ces accidents, qui persistent les jours suivants, quoique le moignon soit dans le meilleur état possible. (Bouillon ; 25 sangsues au flanc droit ; embrocation avec l'huile de jusquiame sur le ventre.)

Deux jours après, la fièvre et la diarrhée n'ont point cessé ; le flanc droit est toujours souffrant : il est survenu, à neuf heures du soir et à six heures du lendemain matin, des frissons qui se répètent pendant cinq jours consécutifs à peu près aux mêmes heures, cependant avec quelque irrégularité, et qui font employer à plusieurs reprises le sulfate de quinine, que l'on est obligé de supprimer à cause de son inefficacité et de l'irritation gastrique qu'il provoque. Pendant ce temps, les lèvres du moignon se réunissent rapidement, le pus diminue

de jour en jour, le bras n'est nullement douloureux ; mais Bonnet ne cesse de nous renouveler ses craintes sur son existence à venir.

Le lendemain, les frissons ont cessé, mais la nuit a été sans sommeil et agitée par des douleurs dans le cou et dans la jambe droite; la fièvre est intense, la langue chargée; les douleurs que le malade ressent dans la région hépatique et dans le côté droit du thorax, l'empêchent de tousser et de cracher. (20 sangsues au point douloureux ; cataplasme avec des feuilles de jusquiame.)

Ce fâcheux état s'aggrave les jours suivants, malgré les moyens rationnels mis en usage; il survient une teinte ictérique sur tout le corps et des vomissements très-abondants. Cependant la cicatrice du moignon est presque complète, et le membre qui a subi l'amputation n'a jamais participé au dérangement des autres parties du corps. Aux désordres précédents viennent se joindre le trouble des idées, une physionomie hébétée, la colliquation et la mort, qui arrive le 20ᵉ jour après l'opération.

Autopsie. — L'examen du cadavre nous a permis de constater que les lèvres du moignon étaient en pleine cicatrisation; le fond de la plaie était recouvert de bourgeons charnus de bon aspect et de très-peu de pus. Le membre supérieur correspondant n'était nullement engorgé; toutes les veines n'offraient aucune altération et pas une goutte de pus, et les os, examinés avec grand soin, étaient dans l'état le plus normal. Le cerveau et ses membranes ne présentaient rien de particulier; dans les poumons se trouvaient des abcès nombreux et peu étendus.

En ouvrant l'abdomen, nous vîmes autour des intestins une grande quantité de pus qui paraissait venir du

foie. Ce viscère, d'une consistance moindre qu'à l'état ordinaire, était, en effet, le siége d'une vaste caverne purulente qui s'était épanchée dans la cavité de la séreuse abdominale, et avait déterminé une péritonite promptement mortelle. La rate et les reins offraient aussi des abcès moins considérables. Les articulations coxo-fémorales étaient remplies de pus, sans que leurs éléments anatomiques fussent altérés. Enfin, le talon droit, vers lequel le malade accusait de vives souffrances, présentait des eschares assez larges.

En examinant d'un côté les différents abcès dont presque tous les viscères étaient atteints, et de l'autre le peu de suppuration du moignon, plusieurs personnes pensèrent à ces abcès métastatiques causés par la phlébite, et nous-même nous nous rangions à cette explication. Pour vérifier cette opinion, nous fendîmes les os dans tous les sens, nous ouvrîmes toutes les veines du membre dans toute leur étendue. Quelle fut notre surprise, quand ni les os ni les vaisseaux ne nous présentèrent aucune altération, aucune trace d'inflammation, et pas une goutte de pus!

Pourtant des abcès plus ou moins étendus existaient dans presque tous les viscères. Il est vrai que la phlébite des veines du membre, la seule cause que nous pouvions admettre *à priori*, ne pouvait plus être invoquée après cet examen cadavérique; d'ailleurs, le membre qui avait subi l'amputation avait toujours été dans les conditions les plus satisfaisantes, et n'avait nullement participé au désordre des autres parties du tronc.

Il est d'observation que l'influence des affections morales tristes se fait ressentir de préférence dans l'organe hépatique; aussi, après les premiers jours passés dans

le calme le plus parfait, Bonnet se plaignait-il, dans le côté droit du thorax, de douleurs vives que nous rapportâmes à une pleurésie commençante, et pour laquelle des saignées locales furent souvent répétées. Mais ces douleurs, loin de disparaître, devinrent beaucoup plus intenses à la suite de graves excès de régime, qui, en irritant l'estomac, irritaient aussi d'une manière médiate l'organe hépatique. Des accès fébriles s'ajoutèrent à cet accident, et leur intermittence apparente fit employer un instant le quinquina, qui ne pouvait dans ce cas qu'ajouter au mal.

Dès-lors, la santé de Bonnet devint de plus en plus délabrée; le membre inférieur gauche fut le siége de douleurs excessives, et, malgré l'état toujours satisfaisant du moignon, les symptômes colliquatifs déterminèrent enfin la perte de notre amputé. L'autopsie a fait connaître la cause des douleurs thoraciques et celle de la mort. Le foie paraît avoir été le premier viscère altéré; les douleurs se sont fait ressentir dans la région que cet organe occupe, et ont augmenté avec le dépérissement du malade. Le foie, gravement atteint, a été le siége d'une vaste caverne purulente, dont l'épanchement dans le péritoine a déterminé la mort.

Si les autres viscères ont présenté des collections de pus analogues, ne sont-ce pas là tout autant d'abcès métastatiques partis du foie comme d'un centre? Pourquoi, en effet, lorsque la phlébite d'un moignon peut causer de tels transports de pus, l'inflammation d'un viscère n'aurait-elle pas les mêmes résultats? La veine porte et les veines hépatiques ne mettent-elles pas le foie en communication directe avec les organes de la poitrine ou du bas-ventre? Il n'est pas plus facile, en effet, de comprendre comment le pus a pu cheminer des veines de

l'avant-bras pour se rendre au poumon, au foie, à la rate, etc., en suivant la circulation, qu'en partant des veines du foie, bien plus rapprochées du centre circulatoire.

Quel que soit, du reste, le point de départ de cet état purulent, il n'est pas moins manifeste qu'il s'agit d'abcès multiples provenant très-certainement d'un premier foyer, et nullement de l'inflammation des veines. Que ce soit au moignon ou au foie que ces vaisseaux aient puisé le pus distribué en tant de régions, même dépourvues de phlogose, ils ont donc effectué une *résorption purulente* sans phlébite ni lymphangite. En présence des exemples de ce genre, on ne peut, il nous semble, mettre en doute la possibilité de l'absorption du pus par les veines.

Rapprochons de ces preuves le résultat des expériences de M. Gendrin, qui, ayant sur des chiens injecté du pus dans les cavités séreuses et dans le tissu cellulaire, en a trouvé dans les veines. Dans la thèse de Maréchal, on lit : « Très-souvent j'ai pu constater la présence du pus, sans altération des parois des vaisseaux, dans les veines saphènes, crurales, hypogastriques, dans une veine pulmonaire, etc. »

J'insiste beaucoup sur ce phénomène, parce qu'il me semble capital, qu'il est d'un très-grand poids pour soutenir l'opinion que je partage avec MM. Ribes, Velpeau, Sédillot et autres sur la possibilité de l'absorption du pus par les veines, et qu'il est une des bases sur lesquelles repose l'explication la plus probable qu'on puisse donner du développement de la plupart des abcès métastatiques.

Il est des circonstances où l'état purulent et des espèces d'abcès métastatiques en apparence, surviennent au sein des viscères, et qui ne méritent pas, à notre avis, d'être considérés comme dus au transport du pus, mais à un

autre mécanisme plus élevé, et dont le fait suivant nous paraît fournir la démonstration.

Obs. 13e. — Carie du pied; amputation; état purulent; abcès multiples dans le poumon gauche, etc. (Obs. de M. Lafaurie.)

Blaquières, âgé de 56 ans, cultivateur, né à Montpeyroux (Hérault), est entré à l'hôpital Saint-Eloi le 8 novembre, et y est couché au N° 42 de la salle Saint-Eloi. Il porte au pied gauche une tumeur considérable provenant de la carie des os du métatarse et du tarse.

Les antécédents de Blaquières sont satisfaisants : jamais, jusqu'à présent, il n'a fait de maladie grave. L'aspect général de cet homme semblerait annoncer une diathèse scrofuleuse; néanmoins il n'a jamais eu ni maux à la tête ni engorgement des glandes sous-maxillaires. Le pays qu'il habite est sain; sa profession ne l'exposait à aucune cause débilitante bien marquée; seulement il a ressenti les privations de la misère, et sa constitution était déjà minée par l'excès du travail et la pauvreté du régime quand la maladie a pris naissance. On ne remarque aucun antécédent fâcheux du côté des parents : ils ont vécu long-temps et ne paraissent avoir manifesté l'influence d'aucune constitution fâcheuse. Seule de la famille, une sœur de Blaquières a eu quelques engorgements scrofuleux; mais elle jouit, du reste, d'une fort bonne santé.

La maladie de Blaquières date d'environ quatorze mois. A cette époque, il se manifesta vers le côté externe du pied gauche une légère tuméfaction, un engorgement de la grosseur d'une noisette environ, assez douloureux, mais pas assez cependant pour nécessiter une suspension de travaux. Pendant deux mois, la maladie fit des progrès lents, mais constants; la tumeur

augmenta graduellement de volume, et il y a un an environ, Blaquières fut enfin obligé par l'état de son pied de suspendre complètement ses travaux et de s'aliter d'une manière constante. La tumeur augmenta bientôt tellement que le pied acquit, dit le malade, trois fois son volume normal. Bientôt aussi il se manifesta sur la région dorsale et interne du pied trois trajets fistuleux, qui commencèrent dès-lors à donner écoulement à une quantité considérable de pus: la formation de ces trajets fut accompagnée de très-vives douleurs. On appliqua alors sur le pied malade et à diverses reprises six cautères et trois vésicatoires sans qu'aucune amélioration bien sensible se manifestât dans l'état du malade; du reste, on ne recourut à aucun traitement général. Il y a quatre mois environ, le malade vint à l'hôpital; mais il ne resta que quatorze jours dans les salles, et ne subit aucun traitement suivi. Le malade porte aussi à la jambe droite un cautère encore en suppuration au moment de son entrée à l'hôpital.

A son entrée à l'hôpital, Blaquières présentait une constitution profondément affaiblie par une suppuration long-temps prolongée, et ces traits étirés signe infaillible de la fièvre de consomption. Néanmoins l'appétit est bon, les fonctions digestives s'opèrent d'une manière satisfaisante : il ne s'est pas encore manifesté de diarrhée. Il n'y a ni coliques, ni vomissements, ni douleurs dans l'abdomen; la langue est bonne, les fonctions des organes urinaires n'offrent rien de particulier. Presque chaque soir il y a de la fièvre avec des sueurs peu abondantes; cette fièvre est peu intense, ne trouble pas le sommeil et se présente d'une manière irrégulière. Quant à la poitrine, le malade n'a jamais eu aucune maladie des organes respiratoires; il tousse bien un

peu, mais ses crachats sont muqueux et si peu abondants qu'il est inutile de s'y arrêter. La percussion et l'auscultation n'annoncent rien de particulier; la toux peut n'être rapportée qu'à l'affaiblissement général : le malade prétend n'avoir jamais craché de sang. A l'entrée du malade à l'hôpital, le pied était dans un état fort grave; il présentait un aspect fongueux et avait environ deux fois le volume du pied droit. Sur la face dorsale se trouvaient plusieurs cicatrices. De ces cicatrices fongueuses, plusieurs étaient la trace d'anciens cautères, trois étaient l'orifice externe de trajets fistuleux qu'il importe de décrire à part. Un de ces trajets, situé sur la partie moyenne de la face dorsale du pied, répondait au niveau de l'articulation du troisième cunéiforme avec le cuboïde. Quand on introduisait un stylet dans ce trajet, l'instrument s'y enfonçait à une profondeur de 3 centimètres environ, et était arrêté par une sorte de bride fibreuse étendue transversalement; on ne pouvait, par ce trajet, parvenir jusqu'aux surfaces osseuses. A 4 centimètres environ de cet orifice, vers la région interne du pied, se trouvait un deuxième trajet fistuleux beaucoup plus profond que le précédent; le stylet s'y enfonce par un trajet oblique d'arrière en avant et de dedans en dehors, jusqu'à une profondeur de 5 centimètres environ, et il vient aboutir contre une portion osseuse qui doit appartenir au deuxième cunéiforme. Enfin, à 2 centimètres de ce dernier se trouve, tout-à-fait sur le bord interne du pied, un troisième orifice répondant à un autre trajet fistuleux dans lequel le stylet ne pénètre qu'à une profondeur d'un demi-centimètre environ. Ces trajets fistuleux donnent toujours passage à un pus jaunâtre, ténu, d'assez bonne nature et mêlé quelquefois de quelques stries sanguinolentes; jamais aucune portion osseuse n'est sortie

par cet orifice. En outre de ces trajets fistuleux, se trouve la cicatrice d'un quatrième conduit, maintenant cicatrisé, placé au niveau de l'articulation du premier métatarsien avec la première phalange : cette cicatrice importe à noter, parce qu'elle prouve combien est étendue la lésion organique. Pour terminer l'examen du malade, il convient de dire qu'il ne porte sur lui aucune cicatrice présentant l'aspect violacé caractéristique des scrofules; il n'a qu'une cicatrice fort petite au niveau de la fosse sus-épineuse de l'omoplate droite, et cette cicatrice a l'air de bonne nature.

Le malade n'a subi, avant son entrée à l'hôpital, aucun autre traitement que les trois vésicatoires et les six cautères dont nous avons déjà parlé. La lésion organique présentant l'aspect des maladies scrofuleuses, on a ordonné un traitement tonique et fortifiant : une cuillerée de préparation aurifère, du vin amer, de la tisane de lichen d'Islande et le quart d'aliments. Quant aux prescriptions locales, on ordonne des cataplasmes laudanisés pour faire tomber l'inflammation produite dans le pied par le voyage. Ce traitement était basé sur le diagnostic qui avait été porté: on avait diagnostiqué, en effet, une carie par asthénie et scrofuleuse de la deuxième rangée du tarse, et un peu de la partie postérieure des métatarsiens ; il y a, en outre, un développement fongueux de toutes les parties charnues, et peut-être même aussi des parties osseuses. Avant de songer à aucune opération, le chirurgien en chef a pensé à tonifier un peu la constitution délabrée du malade, et surtout à le laisser s'acclimater au séjour de l'hôpital. Le traitement déjà énoncé s'est continué sans aucune variation jusqu'au 20 novembre, époque où le professeur Alquié consentit à une opération depuis long-temps demandée par le malade.

L'état du sujet s'est, jusqu'à ce jour, à peu près soutenu le même: bon sommeil, appétit excellent, fièvre la nuit, mais faible et accompagnée de peu de sueurs, suppuration constante, quoique moindre que dans les premiers jours par suite de l'inflammation causée par le voyage; jusqu'à ce jour, rien de nouveau du côté de la poitrine ni des organes abdominaux. Ce n'est cependant qu'après de nouvelles séances d'auscultation et de percussion, ce n'est qu'après avoir de nouveau examiné l'état du pied pour bien apprécier les chances d'une résection partielle, que le chirurgien en chef s'est décidé à amputer le membre. Restait à déterminer le lieu de l'amputation; on aurait pu la faire au-dessus des malléoles, mais il eût fallu alors que le malade se procurât une bottine artificielle qui l'aurait gêné dans ses occupations et aurait exigé trop de soin et d'argent pour son entretien et son renouvellement. Comme, du reste, celui-ci ne tenait pas à conserver cette portion du membre, on s'est décidé à pratiquer l'amputation au lieu d'élection, à 6 centimètres au-dessous du genou.

Le 20 novembre, le nommé Blaquières, âgé de 36 ans, né à Montpeyroux (Hérault), a été amputé par M. le professeur Alquié. L'opération n'a présenté rien de particulier: la faiblesse du malade ayant fait rejeter l'emploi du chloroforme, l'éthérisation n'a produit qu'une anesthésie incomplète; néanmoins, le malade a fort bien supporté l'opération et paraît n'avoir pas beaucoup souffert. On a eu soin, pour la section de la peau, de mesurer au-dessous du point d'élection une distance égale au sixième environ de la circonférence du membre; c'est en ce point qu'on a coupé la peau pour la relever sur les parties molles. On a fait, sans la moindre difficulté, la ligature des deux artères tibiale antérieure et péronière;

mais, quand on a voulu saisir la tibiale postérieure, elle était rétractée, et on a été obligé d'attendre quelques instants pour pouvoir le faire. Une chose à remarquer, c'est que ces trois artères étaient ossifiées, ce qui n'est pas en rapport avec le jeune âge du sujet. Six points de suture ont été posés, et rien de particulier ne s'est manifesté dans la manœuvre opératoire. L'examen attentif du pied et sa dissection minutieuse après l'amputation sont venus confirmer le diagnostic qui avait été porté. On a trouvé un développement fongueux considérable des parties molles, et même de quelques os; on a trouvé aussi une carie assez superficielle de l'astragale, du scaphoïde, des trois cunéiformes et du cuboïde; il y avait, enfin, des traces de lésion organique au niveau de la première articulation métatarso-phalangienne.

Le 20, immédiatement après l'opération, on a ordonné de la tisane de tilleul et une pilule avec 5 centigrammes d'opium. Vers trois heures de l'après-midi, l'état général était satisfaisant, la fièvre de la réaction commença à se déclarer; aucun symptôme d'hémorrhagie ne se manifestait dans le moignon.

21. L'opéré a eu pendant la nuit une fièvre assez forte, et elle persiste encore; le sommeil a été court, mais assez calme; le malade demande à manger. Rien de particulier du côté de la poitrine ou de l'abdomen; il y a eu dans le moignon une exsudation sanguine très-peu abondante. (Deux bouillons, une pilule avec 0,05 d'opium.)

22. L'état du malade est aussi satisfaisant que possible: la fièvre est tout-à-fait tombée; le malade a dormi, il se trouve bien, ses fonctions s'exercent toutes d'une manière normale. (On lui donne quatre bouillons, et toujours une pilule avec 0,05 opium.)

23. Le mieux se continue: l'exsudation sanguine mani-

festée au moignon a tout-à-fait cessé ; les soubresauts spasmodiques du moignon, suite de l'opération, se sont beaucoup calmés ; néanmoins il y a toujours un homme pour maintenir en repos le membre amputé ; la douleur n'est pas très-forte de ce côté. Rien de nouveau vers la poitrine ou les organes digestifs ; l'appétit et le sommeil sont bons. (Mêmes prescriptions.)

24. Le sommeil a été troublé ; il n'y a pas eu de fièvre, pas plus que dans les nuits précédentes ; l'état général est très-bon, l'appétit excellent, la langue bonne ; le malade demande à manger. (Quatre bouillons, crême de riz.)

25. L'état général n'offre rien de particulier, si ce n'est une constipation qui remonte au jour de l'opération. On fait le premier pansement d'une manière très-satisfaisante ; le moignon présente un très-bon aspect, les deux coins de la plaie sont cicatrisés dans une étendue de 2 centimètres environ de chaque côté ; à la partie moyenne se remarque un écartement de lambeaux assez considérable, causé peut-être par la traction des fils à ligature qu'on a soin de lâcher. Le sang et le pus épanchés ne sont pas très-abondants. (Une pilule avec 0,05 d'opium.)

26. Rien de nouveau dans l'état du malade : constipation opiniâtre. Le deuxième pansement ne présente que fort peu de pus et pas de sang. (Lavement émollient.)

27. Le malade a dormi et n'a pas eu de fièvre ; le lavement n'a pas opéré ; le moignon présente une assez grande quantité d'un pus clair et blanchâtre, il en sort davantage par la pression ; le point le plus douloureux est au niveau de l'extrémité du péroné. On coupe deux points de suture pour agrandir l'ouverture, favoriser l'écoulement du pus et hâter la cicatrisation. (Une cuillerée vin amer.)

28. Peu de sommeil, douleur dans le moignon, toujours même constipation; le pus a diminué et présente un meilleur aspect. (Deux cuillerées vin amer, pilules avec 0,05 opium.)

29. Suppuration assez considérablo; sommeil paisible, plusieurs fois interrompu par les soubresauts du moignon; constipation toujours constante, accompagnée d'un peu de douleur dans l'abdomen. (Lavement avec l'huile.) Le soir, ce lavement n'ayant pas produit d'effet, on ordonne pour le lendemain un laxatif.

30. Le malade, ayant déjà mangé, ne peut pas prendre son laxatif le matin; mais quelques heures après et trop tôt après son repas, contre l'ordonnance du chirurgien en chef, on le lui administra. Il produisit beaucoup trop d'effet, car il y eut des selles abondantes et des vomissements très-forts. A partir de ce moment, l'état du malade, de satisfaisant, devint fort grave.

1er décembre. La suppuration est moins considérable; l'état du malade semble moins bon; il demande à manger: on lui donne des biscuits. (4 pilules avec 0,05 opium.) Les fils à ligature sont tombés.

2. Un état fâcheux se déclare: le malade a eu de la fièvre, avec des frissons et de la sueur; il n'a pas mangé ce qu'on lui a donné la veille. (On lui ordonne une cuillerée de vin de quinquina, une pilule 0,05 opium, tisane de riz édulcorée, 5 pilules avec 0,10 extrait de quinquina, à prendre une toutes les heures.) La plaie ne présente presque plus de suppuration, mais elle est entourée de fausses membranes; il y a douleur dans l'hypochondre droit. Le soir, la fièvre est très-forte, et il s'est présenté un point de côté, symptôme certain d'une lésion du poumon; on lui pose 6 sangsues au point douloureux, à la base du poumon gauche, et un

cataplasme laudanisé à la chute des sangsues. (Pilule avec 0,05 opium.)

3. La fièvre est un peu tombée; le malade a un peu dormi; la suppuration est presque nulle; la douleur du côté a diminué, mais elle est encore très-forte pendant la toux : le malade commence à expectorer des crachats sanguinolents et couleur de rouille. (Une pilule avec 0,05 opium, julep le soir, un vésicatoire camphré au bras gauche, chiendent.)

4. Le malade a assez dormi, il a eu de la fièvre; les urines sont rouges, chargées, elles n'arrivent qu'avec peine; les crachats prennent un aspect de plus en plus sanguinolent; la langue est chargée et jaunâtre, la respiration courte et saccadée, le visage injecté; il a vomi des matières glaireuses jaunâtres. (Frictions avec de la teinture de quinine sur les membres, vésicatoire camphré au bras droit, pilule 0,05 opium, lait, julep.)

5. Un peu de sommeil dans la nuit, pouls fréquent; les crachats ont toujours le même aspect; la voix est faible et entrecoupée, la respiration saccadée, la langue recouverte d'un enduit jaunâtre, et très-sèche ainsi que la gorge; pas de selles, pas de douleurs abdominales; toujours douleur dans le côté pendant la toux, ni douleur ni soubresauts dans le moignon : la suppuration y est presque nulle. On fait dans le moignon une injection au vin aromatique et on panse avec ce vin. (Frictions avec le quinquina, vésicatoire camphré à la cuisse gauche, tisane de bourrache.) Fièvre dans la soirée.

6. Grande oppression; injection de la face; toux presque impossible; chaleur extrême dans la poitrine; pas de sommeil; parole presque nulle et très-entrecoupée; langue sèche et chargée; point de selles; pouls petit, fréquent, dépressible; suppuration presque nulle. (Conti-

nuation du même pansement ; continuation du traitement.)

7. Les symptômes semblent avoir perdu de leur intensité; le pouls est faible et filiforme; il y a un peu de vomissements; les crachats sont moins abondants; un peu de sommeil; langue chargée; pas de suppuration. (Frictions au quinquina, pilule avec 0,05 opium, julep, lait, limonade, pansement des vésicatoires au garou.) — Le soir, le pouls s'est relevé, les crachats ont un meilleur aspect, la respiration est moins gênée, la parole plus facile.

8. Les symptômes perdent ainsi de leur intensité jusqu'à six heures et demie du matin ; mais alors ils s'aggravent subitement, le malade perd connaissance et meurt vers huit heures.

Le 9 au matin, on a pratiqué l'autopsie, et on a trouvé des désordres très-graves suffisamment annoncés par la maladie, et qui sont venus en compléter et en confirmer le diagnostic. L'examen commença par le moignon : il ne présentait rien d'extraordinaire, et ne pouvait pas suffire pour expliquer l'état général auquel a succombé le malade. Il y avait un foyer purulent peu étendu, assez bien circonscrit et renfermant une petite quantité de sang; on remarque seulement quelques ecchymoses légères et la formation de fausses membranes à la surface interne de la peau. Les ligatures, tombées depuis peu de jours, avaient laissé les vaisseaux parfaitement oblitérés; les artères et les veines étaient fermées par un caillot sanguin considérable : ces vaisseaux présentaient une sorte d'infundibulum occupé par le caillot. En remontant le cours des vaisseaux, on n'a pu y retrouver aucune trace de pus; les veines ne présentaient aucun caractère de phlébite. On a ouvert l'articulation du genou ; mais elle ne présentait non plus rien de remarquable. On a

scié la portion de tibia restant dans le sens de sa longueur : ici encore rien d'anormal, pas la moindre trace de phlébite médullaire.

On est ensuite passé à l'examen des viscères. Dans le foie, on n'a trouvé aucune trace d'abcès, tout était dans l'état normal; il n'y avait pas non plus de cyrrhose. L'examen des poumons a, au contraire, offert des désordres très-remarquables. Le poumon droit présentait vers sa base une congestion anormale; il avait perdu sa crépitation, il avait une couleur lie de vin ; il n'y avait du reste de ce côté ni hépatisation grise, ni abcès, ni engorgement. Mais c'est à gauche surtout que se trouvaient les altérations les plus grandes : il y avait d'abord dans la cavité pleurale un épanchement d'un litre environ de sérosité sanguinolente ; en outre, adhérence des deux plèvres et formation de pseudo-membranes fibreuses et bien organisées. A la base du poumon droit se trouvait un large abcès, contenant un liquide ressemblant assez pour sa couleur à une infusion de chocolat : ce liquide était analogue à celui que le malade expectorait ; il y avait aussi une quantité assez notable d'un pus grisâtre, d'aspect cendré. Tout cela était contenu dans une sorte de poche à parois pseudo-membraneuses irrégulières; ce foyer n'était pas encore parfaitement circonscrit, et semblait formé de plusieurs abcès, remplis chacun de ce pus cendré dont nous avons parlé. Tout autour de ce foyer principal se trouvaient aussi d'autres petits abcès arrondis, à peu près de la grosseur d'un pois-chiche et pleins d'une matière pultacée, purulente. Les ramifications bronchiques présentaient une injection anormale de la muqueuse. Le poumon répandait, du reste, une odeur fétide et gangréneuse. — Le cœur renfermait un sang caillebotté, mais ne présentait rien de bien remarquable.

Certaines circonstances n'ont pas permis d'examiner les reins, le cerveau et les grosses veines.

Les symptômes successivement observés chez cet individu, et qui ont amené sa fin rapide, ont dû faire penser à l'existence de l'infection purulente : frissons violents et répétés, suivis de chaleur et de sueurs abondantes, sans provocation suffisamment apparente de l'extérieur; prostration progressive des forces, pouls irrégulier, traits contractés, yeux chassieux et voilés, maigreur rapidement accrue, langue sèche et râpeuse, douleur thoracique, toux et expectoration, enfin diminution rapide et notable de la suppuration au moignon. Certains caractères des désordres nécroscopiques semblent presque venir à l'appui de cette manière de voir : tels sont les abcès multiples survenus dans le poumon gauche, l'aspect cendré du pus, la congestion du tissu pulmonaire autour de ces abcès, l'épanchement pleurétique correspondant, etc. Cependant, quand on considère que les vaisseaux du membre lésé n'offraient aucune trace d'altération, aucune parcelle purulente, qu'il en était de même de la substance des os, de l'articulation voisine et des cavités du cœur, on commence à concevoir certains doutes à cet égard. Ces incertitudes augmentent lorsque l'on étudie l'état des ramifications bronchiques, dont la muqueuse est fortement injectée et la cavité remplie d'une abondante matière puo-sanguinolente. Ajoutez à ces remarques anatomo-pathologiques la constitution pseudo-membraneuse des abcès multiples du poumon, et joignez ces altérations thoraciques aux symptômes évidents de pleuro-pneumonie, quoique à forme un peu obscure, présentés par le malade, et nous serons conduits à admettre plutôt une inflammation directe des organes respiratoires qu'une infection purulente telle qu'on l'en-

tend de nos jours, c'est-à-dire par l'intermédiaire obligé des vaisseaux veineux ou lymphatiques.

Ce sentiment est encore appuyé par la manière dont ce grave accident est survenu. Pendant douze jours, en effet, l'état de ce malade offrait les conditions les plus satisfaisantes, la suppuration diminuait dans le moignon, quand un purgatif, administré malgré les ordres du chef de service, peu d'heures après que le malade venait de manger, a été suivi de tous les phénomènes d'une forte indigestion. Cette perturbation brusque et profonde a non-seulement troublé la suppuration dans le moignon, mais encore a déterminé un fort mouvement fluxionnaire vers le centre épigastrique. Alors, et au milieu de la sueur froide dont le malade était couvert, est survenu un trouble dans la transpiration, par suite du besoin où était ce sujet de se découvrir pour vomir ou aller à la selle : de là, une fluxion pulmonaire, dont l'intensité s'est accrue de la fluxion opérée depuis deux semaines sur le moignon. Ainsi nous paraît s'être développée la pleuro-pneumonie qui a emporté notre amputé.

Sous l'influence de l'état de suppuration dans lequel il se trouvait, soit par la longue altération organique qui a nécessité l'amputation, soit à la suite de cette opération elle-même, du pus s'est produit avec abondance et rapidité dans les organes thoraciques. Il y a eu donc ici métastase du travail suppuratif, et non transport du pus du moignon au poumon : ce dont, du reste, nous ne trouvions aucune preuve dans la nécropsie. On ne peut ici invoquer rigoureusement le transport du pus à la muqueuse bronchique, à travers la cavité des veines ou des lymphatiques. Ainsi, lorsque se supprime ou diminue tout-à-coup la suppuration ancienne chez les

individus atteints de plaies chroniques, on voit trop de fois survenir des altérations thoraciques semblables à celles dont nous venons de parler ou des désordres équivalents à l'encéphale, ce dont ne peut rendre compte la métastase matérielle du liquide purulent. Quoique ce dernier mécanisme des métastases purulentes soit pour nous incontestable, quoique l'application physiologique que nous suggère l'observation de notre opéré soit applicable seulement à un certain nombre de cas, nous croyons que les idées actuellement admises touchant la suppuration et les métastases purulentes sont beaucoup trop restreintes.

La suppuration est, en effet, rarement un travail local, mais presque toujours un travail de l'économie entière. Ainsi, la digestion n'est pas seulement une action de l'appareil digestif, mais du corps entier ; la nutrition, la menstruation, la lactation, la réparation des parties ne sont pas des actes purement locaux, mais principalement le résultat d'une action générale de l'organisme. De là, comme dans la production du pus, des désordres plus ou moins éloignés de l'organe d'abord en fonction, quand il survient une perturbation brusque de cette fonction elle-même.

On admet généralement le transport des abcès multipliés appelés métastatiques par les vaisseaux lymphatiques et les veines. Nous avons vu plusieurs cas d'abcès nombreux rapidement manifestés, dans lesquels nous ne saurions admettre l'action exclusive de l'un de ces deux ordres de vaisseaux, mais bien celle de l'un et de l'autre, ainsi que la participation du tissu cellulaire. Nous citerons ici l'exemple d'un jeune homme qui fut atteint d'une *variole* confluente, à laquelle succédèrent des abcès nombreux répandus sur les diverses parties du

corps ; bientôt ces abcès disparurent brusquement, et le malade rendit par l'expectoration une grande quantité de pus. Tous les gens de l'art qui furent témoins de ce fait le regardèrent comme un exemple remarquable de métastases purulentes, et nous partageons entièrement cette opinion. Sans cette explication, nous ne saurions nous rendre compte d'un accident aussi brusque et aussi grave. Ici, on remarque : présence d'abcès multipliés à la surface de la peau, disparition pendant la nuit de ces collections morbides, et, dans la journée suivante, douleurs vives dans le thorax, toux violente et expectoration de crachats évidemment purulents, dont l'abondance est aussi surprenante que l'origine et la brusque apparition. La muqueuse de presque toutes les ramifications bronchiques était fort injectée, et le pus se retrouvait encore dans les extrémités du tube aérien. Tout en reconnaissant qu'il y a eu beaucoup plus de pus que les abcès de la peau n'en contenaient, nous ne pouvons méconnaître la liaison étroite de la suppression du pus à la peau avec l'apparition brusque du pus à la muqueuse bronchique.

Qu'est devenu le pus des abcès tégumentaires? Il est rentré dans l'économie, c'est incontestable. Où a-t-il été porté? On n'en a trouvé nulle part que dans les poumons ; c'est donc vers les poumons que s'est fait le transport morbifique. Est-ce le pus en nature qui a été transporté de la peau aux poumons? Nous le croyons ; car du pus a été abondamment et rapidement fourni par la muqueuse bronchique, et les faits précédemment établis nous prouvent la possibilité du transport du pus en nature. Mais en se transportant sur un point quelconque, le pus devient un corps irritant et finit par déterminer de la fluxion, de l'irritation, de l'inflammation, et par suite une sécrétion plus considérable de pus, comme cela a

lieu autour des abcès métastatiques des viscères. Telle a été une des sources de la rougeur, de la phlogose pulmonaire que nous avons rencontrées chez le sujet qui nous occupe, où le déplacement du travail opéré à la peau n'a pas été étranger.

Les faits de ce genre dont nous avons été témoin sont d'accord avec ceux que rapportent des médecins dignes de toute notre confiance. Selon Ambroise Paré (1), des plaies traumatiques du bras offrirent une suppuration qui alternait avec l'élimination du pus par les selles et les urines. D'après Belloste, un abcès de l'avant-bras qu'on était sur le point d'ouvrir disparut en même temps que le malade rendit du pus par les selles. Un exemple pareil est rapporté par Buttner (2). Un individu porte à la jambe un abcès dont on se propose de faire l'ouverture; l'abcès s'efface tout-à-coup, et la malade rend du pus à la faveur des vomissements et des selles, occasionnés par l'ipécacuanha qu'on venait de lui administrer.

Aucune observation ne nous a présenté des conditions plus sévèrement observées que celle dont M. Lhéritier parle dans son ouvrage (3). Une femme fort avancée en âge offrait un abcès au-dessous de l'omoplate, qui fut ouvert et donna issue à une abondante quantité de pus louable. Deux jours après, la collection purulente s'était reproduite ; et l'on se proposait de l'évacuer de nouveau, ce que la malade refusa de permettre. On substitua la potasse à la lancette, et, douze heures après, la tumeur disparut sans s'être vidée autrement que par résorption. Pendant la nuit, cette femme avait été prise de fièvre et avait rendu des urines troubles et sédimenteuses. Ce

(1) Liv. 17, chap. 51.
(2) Biblioth. médic.
(3) Chimie patholog., 1842, p. 489.

liquide, qui avait été examiné précédemment et n'avait offert aucun dépôt purulent, fut alors trouvé pourvu d'un sédiment purulent, fait constaté à l'aide du microscope et des réactifs chimiques. « Du reste, ajoute M. Lhéritier, pas de douleur de rein, pas de rétention d'urine, pas de fleurs blanches : en un mot, aucune circonstance, indépendamment de la résorption opérée dans la tumeur, capable de faire croire à l'existence du pus dans les urines. »

La neuvième expérience faite par MM. Castelnaud et Ducrest nous paraît venir à l'appui des métastases purulentes dont nous parlons. Il s'agit d'une injection dans les veines d'un chien de 13 grammes de mercure, qui est suivie, entre autres effets, de diarrhée avec innombrables globules mercuriels mêlés aux excréments; on trouve ensuite beaucoup de ces globules dans les noyaux purulents des poumons et au sein du tube intestinal (1). Ce fait, très-significatif, a été du reste constaté par Gaspard (2) et par d'autres expérimentateurs.

Nous pourrions grossir le nombre des citations de ce genre; mais nous nous croyons dès à présent en droit de prendre les conclusions suivantes.

1° La *résorption purulente* est un fait incontestable; elle devient ordinairement la source d'abcès multiples, superficiels ou profonds.

2° L'absorption du pus peut avoir lieu par les veines, moins souvent par les lymphatiques, quelquefois par ces deux ordres de vaisseaux à la fois; d'autres fois, enfin, par ces vaisseaux et par le tissu cellulaire. Le pus, pris en nature, est transporté au milieu des parties où on le rencontre, tantôt en quantité égale à celle du

(1) Mém. Acad. méd., 1846, T. XII, p. 98.
(2) Journ. phys. de Magendie, T. II.

liquide qui a été résorbé, tantôt en beaucoup plus grande quantité, par suite de la suppuration produite au sein des organes irrités par le pus apporté. D'autres fois le pus mélangé au sang ou à la lymphe constitue des collections multiples puriformes, dont les qualités irritantes donnent lieu à la formation locale d'une plus grande quantité de pus. Enfin, en certain cas, il faut attribuer ces collections purulentes à la métastase du travail fluxionnaire seul ou coexistant avec les autres conditions de la pyogénie.

Après avoir exposé les preuves cliniques et nécroscopiques sur lesquelles est basée la résorption purulente considérée comme l'une des sources générales des abcès multiples, apprécions la valeur des objections adressées à cette manière de voir. L'un des antagonistes les plus consciencieux de l'opinion que nous défendons, le professeur H. Bérard (1), fait remarquer que, dans l'immense majorité des cas, le travail d'absorption est impuissant à procurer la résorption d'un amas de pus dans un point quelconque de l'économie, d'où il doit être éliminé par les efforts de la nature ou de l'art.

Nous répondrons que la disparition brusque ou lente des abcès n'est pas aussi rare qu'on le prétend : on a vu des bubons suppurés se dissiper par absorption. Nous pourrions y joindre bien d'autres faits par nous observés ; mais il nous est plus avantageux de faire valoir l'expérience de médecins recommandables, qui citent à ce sujet des exemples nombreux. Fergusson et Sergeant, chirurgiens des armées anglaises, conseillent l'emploi de la compression sur les bubons, quel que soit leur développement, assurant qu'en beaucoup de cas peu de jours ont suffi pour faire disparaître l'engorgement et l'existence

(1) Dict. en 30 vol., art. *Pus.*

bien constatée d'un foyer purulent (1). Fricke, de Hambourg, annonce les mêmes résultats. D'après le conseil de certains médecins, nous avons obtenu des succès semblables par l'application d'un vésicatoire. Ajoutons encore le passage suivant publié par M. Roux et M. Bérard lui-même. Un fait curieux rapporté par M. Vilmot montre la possibilité de la guérison d'un abcès par congestion. Tout le pus fut absorbé et remplacé par un fluide élastique qui remplissait la poche accidentelle; le gaz fut absorbé à son tour, et il ne resta nul vestige de la maladie. M. Dupuytren a rencontré sur quelques sujets des trajets accidentels provenant des vertèbres et contenant encore quelques débris de matière tuberculeuse ; tout le liquide avait été absorbé, et les vertèbres n'offraient plus que la trace de l'altération dont elles avaient été le siége. Nous avons en ce moment sous les yeux une pièce des plus remarquables qui a été disséquée par le docteur Hourmann. La colonne vertébrale offre une courbure angulaire dans le sens antéro-postérieur; le corps de plusieurs vertèbres a été détruit, mais tout est consolidé et sain; le psoas du côté gauche a disparu, et l'on ne trouve plus à sa place qu'un gros cordon fibreux qui aboutit à l'aine sur le petit trochanter : il n'y a plus ni pus ni matière tuberculeuse dans les parties (2). Cette observation n'a pas besoin de commentaire.

Une seconde objection élevée contre la doctrine de la résorption du pus s'appuie sur le volume des globules purulents supérieur à la capacité des bouches absorbantes. Mais nous ferons remarquer d'abord que toute hypothèse adoptée touchant la formation du pus doit reconnaître que les globules purulents peuvent bien

(1) Arch. gén. de méd., T. II, 2e série, p. 418.
(2) Dict. cit., T. Ier, p. 68.

rentrer par les ouvertures d'où ils sont sortis. En second lieu, on trouve du sang et d'autres liquides dans les vaisseaux lymphatiques : ainsi, M. Tonnelle a rencontré du pus dans les lymphatiques ; de la bile y a été reconnue par Tiédemann et Gmelin (1); du pus y a été découvert par Sabatier.

Nous avons observé, comme beaucoup d'autres observateurs, des amas de pus au sein d'articulations n'offrant, du reste, aucune altération, aucune rupture sensible. Comment ce pus s'est-il amassé ? C'est sans contredit par dépôt ou métastase ; il est donc sorti des capillaires de la jointure elle-même ; les globules du sang sont donc capables de s'échapper des capillaires.

Le docteur Alden Meissonides a fait des expériences pour faire absorber à des animaux du mercure, du soufre, de l'amidon et de la poudre de charbon. Dans trois cas, chaque goutte de sang paraissait contenir d'une à cinq parties de charbon. Il en était de même dans les poumons et dans le foie. L'auteur a aussi vu des globules d'amidon se mouvant avec les globules du sang, tantôt couverts par eux et tantôt libres à leur surface (2). M. le docteur Follin a rapporté les résultats de ses recherches sur des cadavres qui présentaient des tatouages : il a constaté de la matière colorante bleue au sein des ganglions voisins des points tatoués de ces sujets (3). On connaît les résultats des expériences de Duhamel sur les animaux nourris avec de la garance, expériences que nous venons de répéter sur des lapins avec un succès très-satisfaisant : la matière colorante rouge imprègne abondamment les os.

Mais, ajoute-t-on, les globules purulents ont des

(1) Recherches sur la digestion, T. II, p. 49-50.
(2) *De absorpt. solid.*, etc. Thès. Utrecht, 1848.
(3) Arch. méd., 1849, T. XX, p. 366.

dimensions plus considérables que ceux du sang, de la lymphe et du chyle ; dès-lors, comment admettre une absorption de pus comparable à celle qui s'opère à l'état sain ? Il suffit d'avoir constaté la présence du pus dans les lymphatiques, pour que l'objection tombe devant le fait. En comparant les globules du sang, dont le volume est supérieur à ceux de la lymphe, on a prétendu aussi rejeter les cas de la présence du sang dans les vaisseaux lymphatiques.

Mais nous sommes loin d'admettre une grande différence de volume entre les globules du sang et ceux du pus. Les globules du pus paraissent composés de plusieurs globulins appartenant au sang et renferment même des globulins isolés; en outre, ces globules n'ont pas tous le même volume ni la même forme.

Nous n'accordons pas aux recherches microscopiques l'importance dont certains médecins les honorent Notre doute à cet égard est fondé sur la divergence qui existe au sujet de la similitude ou de la dissemblance des globules sanguins, muqueux et purulents, entre Weber, Wagner, Gendrin, etc. Nous sommes convaincu que ces recherches, s'exerçant sur des parties mortes, conduisent à des conclusions erronées. On compare le calibre des capillaires privés de la turgescence vitale aux dimensions des globules; mais n'est-il pas reconnu que les capillaires entrent dans une sorte d'érection et d'expansion lors de leur action ? Est-il besoin de rappeler ici les expériences de Parry, Wilson Philips, Hunter, etc., sur l'irritation des capillaires sanguins ?

Mais, en supposant invariables les dimensions des vaisseaux, celles des globules sanguins, muqueux ou purulents sont-elles invariablement fixées, comme celles d'un globule métallique ? Examinez une conjonctive qu'une

irritation récente fait injecter, vous serez forcés d'expliquer le phénomène pathologique par la dilatation des capillaires ou par l'allongement des globules sanguins.

Tels sont cependant les arguments les plus spécieux opposés à la théorie de la résorption du pus, que nous avons considérée comme une des sources principales de l'infection purulente. Ils ne nous paraissent pas capables de détruire les principes suivants : 1° l'*infection purulente* peut résulter de l'inflammation des veines ou des lymphatiques ; 2° elle est la conséquence fréquente de la diathèse purulente et de la transformation du sang en pus ; 3° elle suit très-souvent la résorption du pus par les veines, les lymphatiques et même par tous les tissus de l'économie.

Quand on parle de l'infection purulente, on ne distingue pas assez les divers modes dont peut se produire cet état pathologique. L'infection purulente, ou la viciation du sang par le pus, semble ne s'opérer que d'une seule manière et constituer une lésion toujours la même. Voilà pourquoi l'on trouve des faits en contradiction avec les idées généralement reçues ; voilà pourquoi l'on est porté à rejeter l'influence fâcheuse du pus dans le sang, parce qu'en certains cas la résorption purulente a lieu sans conséquence pathologique. Pour rendre compte de tous les faits, il faut, selon nous, distinguer l'infection purulente aiguë, chronique, abondante et légère. Ces quatre sortes d'infection ont, en effet, des symptômes différents, des suites diverses, et demandent un traitement particulier; nous aurons soin, d'ailleurs, de justifier par des exemples cliniques les distinctions que nous faisons ici. Nous allons d'abord tracer le tableau de l'infection aiguë, qui s'opère brusquement et le plus souvent à la suite de la résorption

du pus déjà rassemblé dans un foyer, et porté dans le torrent circulatoire par les veines ou les lymphatiques.

Les symptômes de ce mode d'infection purulente sont les suivants : frissons irréguliers pendant plusieurs heures, pâleur, aspect terreux du visage, réaction rare et même nulle ; le plus souvent, sueurs faibles et peu fréquentes ; reproduction de ces symptômes sous la forme d'accès irréguliers. Bientôt il survient de l'adynamie, pendant laquelle le malade a les yeux caves et chassieux ; les conjonctives boursoufflées et jaunâtres, la langue humide et plus tard croûteuse : dents fuligineuses ; pouls d'abord vif et dur, ensuite petit et faible ; météorisme, diarrhée, stupeur, parfois délire. En même temps le malade accuse des douleurs thoraciques ; il a de la toux ; il présente une teinte ictérique ; des douleurs se font sentir à la région hépatique, aux articulations. Le malade exhale en respirant une odeur de pus ; les diverses parties de son corps présentent le même phénomène ; enfin, il ne tarde pas à succomber, en proie au dernier degré de marasme.

Tels sont les symptômes généraux de l'infection purulente aiguë. Il s'agit maintenant d'examiner la valeur de chacun d'eux, afin d'établir le diagnostic différentiel de l'infection purulente et de quelques autres maladies. Les frissons constituent un des premiers phénomènes morbides ; ils se développent brusquement sans cause provocatrice externe, parcourent le dos et les membres inférieurs d'une manière irrégulière, se reproduisent ou persistent pendant une ou plusieurs heures. Ils se distinguent de ceux de la fièvre intermittente, en ce qu'ils sont plus irréguliers et rarement suivis de chaleur et de sueur.

La fièvre intermittente ne détermine point la stupeur

accompagnée d'adynamie que l'on observe dans l'infection purulente aiguë; l'altération des paupières, du globe de l'œil, de la peau, l'ictère, des douleurs thoraciques et hypochondriaques ne se remarquent pas non plus dans les fièvres intermittentes. Toutefois, comme ces symptômes surviennent peu à peu dans l'infection purulente, et que les accès dont cette maladie s'accompagne offrent de la ressemblance avec ceux des fièvres intermittentes simples ou pernicieuses, on doit comprendre les essais de plusieurs médecins distingués. Ainsi, Marjolin, Blandin et Maréchal citent des cas de ce genre, dans lesquels l'emploi du quinquina a fait cesser les frissons et plusieurs autres symptômes, au point que Marjolin est conduit à penser que ce médicament pourrait procurer de grands avantages et peut-être même la guérison, s'il était administré à haute dose.

Un état fébrile qui a plusieurs rapports avec l'infection purulente, est celui qui se développe chez les sujets atteints de vastes abcès artificiellement ouverts: on appelle cet état *fièvre hectique*, que certains auteurs attribuent à l'absorption de l'hydro-sulfate d'ammoniaque ou à d'autres gaz formés dans le pus par l'introduction de l'air au sein de la poche purulente.

Parmi les faits passés sous nos yeux et qui paraissent venir à l'appui de cette opinion, nous signalerons celui d'un jeune homme mort le 25 novembre, dans nos salles, des suites d'une carie des vertèbres lombaires et d'un considérable abcès par congestion. Depuis l'ouverture de ce dernier, la santé de cet homme s'était profondément altérée; la piqûre faite à l'abcès s'était plusieurs fois fermée, de manière à permettre à la poche purulente de se remplir de pus et de gaz. Plusieurs fois ceux-ci s'étaient accumulés en grande quantité, de sorte que les

parois de l'abcès résonnaient comme un tambour à la percussion. Quand ces fluides étaient évacués, ils nous donnaient l'odeur du sulfhydrate d'ammoniaque associé au gaz sulfhydrique, comme nous nous en sommes assuré par un examen comparatif. Nous rapporterons ce fait plus loin.

Il convient toutefois de distinguer la fièvre hectique de celles qui s'emparent des malades qui nous occupent, chez lesquels les accidents pathologiques sont ordinairement dus à l'absorption du pus ou du gaz délétère. La fièvre hectique est un état de marasme qui survient à la suite des maladies les plus diverses, et surtout des altérations organiques graves et anciennes, telles que la phthisie pulmonaire, la carie, la cachexie cancéreuse, etc. Cet état hectique ne présente point les frissons brusques et prolongés que l'on remarque chez les malades atteints de résorption de pus louable ou vicié; on n'y voit ni douleurs hypochondriaques ou thoraciques ni ictères, mais un amaigrissement progressif et une teinte jaune tendre de la peau. Remarquons aussi que la fièvre de résorption purulente peut se compliquer de l'hectique.

D'après les symptômes exposés plus haut, s'il est facile de distinguer la fièvre hectique et la fièvre intermittente de l'infection purulente, il ne l'est pas autant de ne pas confondre cette dernière avec le typhus. Afin d'apprécier la justesse de ce rapprochement, nous allons énumérer les symptômes communs de ces deux affections, d'après l'historique du typhus donné par Sauvages (1).

Frissons irréguliers durant plusieurs heures, aspect terreux du visage; bientôt adynamie, langue râpeuse et encroûtée, pouls petit, météorisme, diarrhée, stupeur :

(1) Nosol. méthod., vol. II, p. 440.

c'est là un ensemble de caractères assez concordants pour justifier la dénomination d'état typhoïde donnée à l'infection purulente par tous les auteurs modernes. Du reste, le typhus résultant de l'absorption des miasmes provenant de la putréfaction animale, on comprend qu'il doit y avoir une certaine analogie entre le typhus et l'infection purulente.

Cependant on trouve entre ces deux affections quelques caractères différentiels. Pour le typhus : douleurs sourdes au sinciput ; taches pourprées, irrégulières ; aphthes, surdité fréquente. Ces symptômes se voient rarement dans l'infection purulente, qui a de particuliers : odeur du pus exhalée par la respiration, les sueurs et la plupart des excrétions ; teinte ictérique, douleurs thoraciques et hypochondriaques ; enfin, apparition d'un grand nombre d'abcès.

Les auteurs du siècle dernier avaient déjà fort bien noté l'ensemble des symptômes de l'infection purulente aiguë. La résorption du pus qui a séjourné dans des foyers, dit l'un d'eux, occasionne presque toujours les plus graves accidents : les plus ordinaires sont les sueurs, la fièvre, la diarrhée colliquative, les faiblesses, l'amaigrissement, les dépôts et les enflures œdémateuses aux environs de la plaie, quelquefois même aux extrémités du corps.

Dans l'infection qui nous occupe, les collections purulentes peuvent manquer, et cependant le malade présente l'ensemble des symptômes de la maladie, surtout quand elle est produite rapidement et qu'elle amène promptement la mort. Telle est l'opinion de M. Teissier : « La mort peut avoir lieu avant que la transformation du sang en pus ait parcouru toutes ses périodes ; aussi arrive-t-il que les autopsies ne fassent rencontrer aucune trace de pus formé chez les individus qui avaient présenté tous les

symptômes de la fièvre purulente. » Mais alors nous croyons que l'on peut rencontrer du pus dans le sang, comme M. Velpeau et surtout M. Duplay en ont cité des exemples (1).

Lorsque l'infection purulente détermine des dépôts dans les organes les plus vasculaires, il se manifeste des symptômes qui varient avec les parties lésées. Le poumon et le foie sont les viscères ordinairement atteints : le sang altéré détermine d'abord des souffrances correspondantes aux organes menacés, avant que les collections purulentes soient formées. Nous avons fait l'autopsie d'un militaire mort à la suite d'une phlébite avec infection purulente ; nous ne trouvâmes aucun abcès dans le foie, mais cet organe était rempli d'un sang évidemment altéré : le malade s'était plaint d'une douleur vive à la région hypochondriaque droite, et avait présenté une teinte ictérique prononcée.

Le plus souvent, les douleurs permanentes du thorax ou de la région hépatique, la toux sèche, la gêne de la respiration, la teinte jaune de la peau, annoncent le développement de dépôts purulents dans le poumon ou dans le foie. L'auscultation de la poitrine est alors infidèle, car elle donne à peine la connaissance d'une certaine difficulté au passage de l'air dans les ramifications bronchiques. On en comprend la raison, quand on sait que le pus se dépose d'abord dans le tissu cellulaire, intervésiculaire, et non dans les vésicules bronchiques elles-mêmes : cette notion anatomo-pathologique explique pourquoi la toux n'est point purulente. Tels sont les symptômes et les suites de l'infection purulente aiguë ; nous allons maintenant nous occuper de la forme chronique de la même maladie.

(1) Arch. gén. méd., vol. VI, 2e série.

Il existe des cas où le passage du pus dans le sang s'effectue lentement, avec des symptômes peu violents, dont les suites sont différentes de celles que nous venons de voir pour l'infection aiguë. Nous ne saurions mieux faire comprendre l'état pathologique dont nous parlons, qu'en résumant l'observation publiée par le docteur Duplay (1) : il s'agit d'une jeune femme apportée à l'Hôtel-Dieu dans un état de faiblesse extrême. Sa face est pâle, sa peau est décolorée, le pouls petit et filiforme, la chaleur presque nulle, la langue humide et mince, l'haleine fétide, la respiration presque libre, la surface du corps exempte de tout abcès: l'aspect général est celui d'un phthisique. La mort arrive peu de temps après, sans qu'on puisse avoir de plus amples renseignements. L'autopsie fait connaître l'état suivant: partout le sang était mêlé à du pus de la manière la plus intime; cependant il n'existait nulle part ni abcès ni inflammation. « Nous avons disséqué les artères et les vaisseaux des membres ; partout, dit l'auteur, nous avons rencontré la même altération ;...... nulle part nous n'avons trouvé de traces d'inflammation dans les vaisseaux. »

Voilà bien l'infection du sang par le pus. Cet exemple nous montre la transformation du sang en pus, puisque ce dernier liquide n'a pu être produit par aucun autre mode. Ce fait nous dévoile la cause réelle de l'infection purulente aiguë ou chronique, c'est-à-dire le mélange du pus avec le sang dans la circulation générale. D'autres observations nous présentent le pus se manifestant au-dehors chez les individus qui offraient les mêmes symptômes que la malade de M. Duplay ; ce qui nous autorise à admettre la même cause pour les abcès multipliés dont furent atteints ces derniers malades que la mort épargna.

(1) Arch. gén. méd., T. VI, p. 223.

A l'appui de ce que nous avançons, citons une observation de Lamothe (1). « La maladie dont ce pauvre homme fut attaqué commença par quelques glandes au bras, puis aux jambes, dont peu à peu toute l'habitude du corps se trouva également affligée, et à mesure que quelques-unes se guérissaient il en revenait d'autres; ce qui avait continué pendant six années lorsque je le vis, et cette alternative de guérison et de récidive continua encore pendant quatre années de suite. Cette guérison ne pouvait se faire, à moins que le sang ne fût déchargé de l'humeur maligne dont il était empreint. »

Lamothe raconte ensuite un fait semblable, et dans lequel il y avait, avant et pendant la durée des abcès froids, un état d'adynamie profonde, la décoloration de la peau, et une odeur infecte de la respiration et des autres excrétions. L'on voit que ces phénomènes pathologiques sont les mêmes que ceux qui existent lorsque l'infection purulente a été la suite de la résorption lente, mais progressive et prolongée du pus. Venons maintenant à l'examen de ces espèces d'infections purulentes que nous avons appelées abondantes ou légères.

Cette distinction est de la plus haute importance pour s'expliquer les suites de l'absorption du pus. Il est peu de médecins qui n'aient eu occasion d'observer des sujets atteints d'abcès qui ont fini par disparaître sans être ouverts. Nous en avons déjà cité plusieurs exemples. Dans ce cas, on s'est demandé que devenait le pus, et s'il était résorbé, pourquoi ne donnerait-il pas lieu aux symptômes et aux accidents qui suivent si fréquemment l'infection purulente?

De semblables faits ont servi de fondement aux objections des antagonistes de la résorption purulente, qui ont

(1) Trait. de chir.; T. I.

prétendu que le pus ne pouvait être résorbé en nature, mais décomposé en ses éléments. La distinction que nous établissons entre l'absorption de beaucoup ou de peu de pus donne de ce fait une explication d'autant plus rationnelle, qu'elle se range dans une des lois de l'économie humaine, lois que l'on peut formuler ainsi : le corps humain se maintient en santé tant que les causes perturbatrices n'agissent pas avec une certaine énergie.

Cette vérité pathologique est démontrée par l'examen du mode d'agir des causes des maladies et des remèdes. Lorsque plusieurs individus sont dans un même lieu, dans les mêmes circonstances, exposés aux mêmes causes morbifiques, tous ne sont pas atteints de la maladie, ni au même degré. Si un homme respire une certaine quantité d'acide carbonique répandu dans une chambre, il n'éprouve pas aussitôt tous les accidents qui suivent l'action prolongée de ce gaz délétère; s'il est soustrait à temps à la cause, des perturbations légères et quelquefois nulles en sont la conséquence.

Dans les recherches des professeurs Andral et Gavarret (1), on voit que les principes constitutifs du sang varient, non-seulement chez des personnes différentes, mais chez le même sujet à des moments divers : on trouve tantôt plus ou moins de sérum, tantôt plus ou moins de globules, et cependant aucun trouble ne se manifeste. D'après les expériences chimiques de Prévot, Dumas, Magendie, etc., les médicaments les plus énergiques, pris à certaines doses et pendant un temps convenable, ne déterminent aucun trouble dans l'économie. Il est rationnel d'étendre cette loi à la présence du pus dans le sang. Tant que le pus se trouve dans le sang en faible proportion, aucun trouble ne se manifeste; si, au

(1) Annales du Muséum, décembre 1842.

contraire, il y paraît en proportion considérable, alors les symptômes de l'infection purulente se déclarent. De même, quand la proportion des globules est trop grande, la pléthore se développe; si la proportion des globules est trop faible, l'état scrofuleux se dessine; enfin, l'état séreux se montre dès que le sang renferme un excès prononcé de sérum.

L'étude des lois de l'organisme nous autorise donc à soutenir que l'infection purulente donne lieu à de graves symptômes si le pus existe en abondance dans le sang, mais qu'elle passe inaperçue quand le pus est en faible proportion et qu'il agit pendant peu de temps. Il nous reste maintenant à dire quelques mots des dépôts purulents qui sont fréquemment la conséquence de l'infection du même nom.

Lorsque le sang est vicié par une forte proportion de pus, il est rare qu'il ne se manifeste pas des dépôts purulents en diverses parties du corps, et surtout au sein des viscères les plus vasculaires : on en voit à la surface du corps, dans les articulations, et, plus tard, tous les tissus en sont imprégnés. Cette imprégnation est tellement générale et intime, que, même après la mort des malades, les diverses portions du cadavre donnent l'odeur de pus de la manière la plus marquée. Nous ne pouvons entrer dans les développements qu'exigerait l'examen de ces abcès dans tous les organes; nous les observerons seulement à la peau. « Le tissu cellulaire sous-cutané et intermédiaire est le siége le plus ordinaire des abcès, dit Delpech, et cet organe ne paraît pas modifié dans le lieu où le pus s'est formé avec une telle rapidité..... Le malade se plaint d'une douleur plus ou moins vive, et déjà la peau est soulevée par une quantité plus ou moins considérable de pus.... Si l'abcès s'ouvre

spontanément, ce qui est rare, il s'en échappe une grande quantité de pus fétide, mais bien conditionné. Tantôt la plaie fournit chaque jour une quantité prodigieuse de matière purulente moins consistante; tantôt l'écoulement tarit tout-à-coup, et de nouvelles douleurs annoncent de nouveaux abcès, qui peuvent se multiplier ainsi à l'infini si les forces du malade sont suffisantes. »

Delpech appelle ces espèces de collections purulentes des *abcès soudains*, pour signaler leur principal caractère, qui est d'apparaître brusquement et sans être précédés des symptômes communs au plus grand nombre d'abcès. En outre, ces dépôts sont, dès l'abord, fluctuants, peu ou point sensibles au toucher, recouverts de téguments peu lésés; les tissus dont ils sont entourés n'offrent aucune altération quand on les ouvre de bonne heure. Plus tard, lorsque l'abcès existe depuis quelque temps, les parties environnantes s'injectent, s'amincissent lentement, et la peau finit par s'ouvrir pour donner issue à ces amas purulents.

L'infection purulente, avons-nous dit, détermine des excrétions fétides et dont la plupart exhalent une odeur de pus très-sensible. Les anciens et plusieurs médecins de nos jours pensent que ce sont là des moyens que la nature emploie pour débarrasser l'économie du pus mêlé à la circulation. Plusieurs auteurs expliquent même la disparition brusque de certains abcès à l'aide de la résorption du pus expulsé ensuite par les selles, les urines ou les sueurs (Ambroise Paré, Van-Swiéten, etc.).

Nous admettons de semblables terminaisons pour l'infection purulente, car elles ne s'observent pas dans un grand nombre de maladies. Lamothe dit que l'un de ses malades, atteint d'abcès nombreux et purulents, eut des sueurs abondantes et fétides vers la fin de sa maladie,

qui se termina par la guérison. Malheureusement, il n'en est pas toujours ainsi : soit que la diarrhée, mêlée ou non de pus, se lie à la fièvre hectique et devienne une cause d'affaiblissement rapide, soit que l'infection purulente ait une trop grande énergie, la mort est la terminaison la plus ordinaire de l'affection dont nous parlons.

Divers auteurs, et récemment le professeur H. Bérard, veulent établir une distinction importante entre le passage dans le sang du pus en entier, et de la partie putréfiée ou viciée de ce liquide: ils nomment ces deux états *infection purulente* et *infection putride*. Selon M. Bérard (1), les gaz sulfhydrique, ammoniaque, l'hydrosulfate d'ammoniaque, et d'autres principes non encore déterminés par les chimistes, sont incessamment absorbés, parce qu'ils sont les produits *solubles* de la décomposition du pus. A ces fluides serait due la fièvre hectique, tandis que l'infection purulente produit des espèces d'accès avec frissons violents et répétés. Celle-ci n'admet pas la marche chronique ordinaire à l'infection putride, qui est curable, à l'inverse de la purulente, rebelle à tous les remèdes connus. En présence de ce sentiment fort ingénieux, et que l'observation clinique paraît en partie confirmer, nous trouvons une affirmation contraire du professeur Sédillot qui écrit le passage suivant: « M. Bérard avait admis en principe l'absorption de la sérosité altérée du pus. Nos expériences directes sur les animaux et nos observations cliniques nous ont montré le peu de fondement de cette hypothèse, et nous ont conduit à nier d'une manière générale l'absorption des liquides putrides (2). »

Est-il vrai que les fluides putrides ne soient pas généralement absorbés? S'ils sont absorbés, produisent-ils

(1) Diction. en 30 vol., T. XXVI, p. 494; 1842.

(2) Pyoémie, avant-propos.

des symptômes analogues à l'infection purulente? Enfin, causent-ils des altérations organiques semblables? Déjà nous avons suffisamment montré la possibilité et la réalité de l'absorption du pus et de substances variées. Ce pus, pour être vicié, fétide, n'en est pas moins parfois résorbé, comme du reste le prouvent les Observations 15e, 16e, etc., de l'ouvrage dont nous examinons les assertions. Il est d'ailleurs bien rare de rencontrer seulement des fluides putrides et délivrés de pus pendant les maladies : c'est ce qui rend fort difficile sur l'homme l'appréciation des symptômes propres à l'influence du pus, de ceux qui appartiendraient à celle des fluides putrides. Aussi les faits cliniques rapportés par le professeur de Strasbourg offrent-ils la plus grande ressemblance, soit que le sujet ait été en proie à la résorption de pus simple ou bien à une *septico-pyoémie*. Dès-lors, comment distinguer, dans les altérations viscérales de ces sujets, celles dont le pus seul serait la source, de celles que les fluides putrides auraient causées? Aussi ne rencontrons-nous pas, dans ces nécropsies, de différences à cet égard; bien plus, on n'y voit point les altérations gangréneuses que l'on voudrait rattacher à l'infection putride seule, tandis que la résorption du pus louable donnerait lieu à des abcès multiples.

Pour saisir les différences permises à cet égard, nous sommes réduits aux expérimentations sur les animaux, à qui nous pouvons injecter les fluides dont nous désirons observer isolément les effets. Dans la 15e expérience, nous voyons la mort rapide d'un chien causée principalement par l'état putride du pus : les symptômes sont semblables à ceux de la purulence; il en est de même des lésions du poumon. Ces dernières se montrent encore pareilles sur le sujet de la 34e expérience, qui, il est vrai, pendant la vie, a offert une grande tolérance pour

la sérosité putride, comme plusieurs autres animaux pour des doses répétées de simple pus. Mais ces phénomènes pathologiques ont été semblables à ceux de la résorption purulente chez le chien mentionné dans la 35e expérience; et les poumons ont offert des lésions fort analogues à celles rencontrées à la suite de certains essais d'injection de pus simple. La 36e expérience diffère des précédentes et de plusieurs des suivantes, et paraît venir à l'appui de la distinction anatomo-pathologique signalée par M. Sédillot. Remarquons cependant qu'en deux jours près de 30 grammes d'eau très-putride ont été injectés dans les veines de ce quadrupède. En plusieurs cas, l'animal n'a éprouvé ni vomissements, ni selles, ni frissons. Il est vrai que les poumons ont plusieurs fois présenté une odeur et des pustules d'apparence gangréneuse.

Deux autres expériences relatées par le même auteur semblent plaider en faveur de la même opinion. La 14e expérience de Gaspard signale les poumons d'une couleur violette ou noirâtre (1); la 16e expérience les montre seulement légèrement phlogosés; dans la 17e expérience, on en parle comme un peu gorgés, mais sans inflammation ni pétéchies; dans la 28e, un lobe du poumon gauche se trouve enflammé, noirâtre et très-dur; mais la 42e expérience nous les montre parsemés de nombreuses taches noires et comme gangréneuses. Toutes ces lésions ne sont pas manifestement gangréneuses, et sont bien éloignées de celles décrites dans l'ouvrage du professeur de Strasbourg. Cependant il est rationnel d'admettre que tels peuvent être les effets de l'infection putride, qui peut aussi donner lieu, quoique bien plus rarement, aux suites de la purulence elle-même; interrogeons d'ailleurs l'observation clinique.

(1) Journ. phys., T. II, p. 13.

Obs. 14e. — Carie considérable du rachis et du bassin; vaste abcès par congestion; développement de beaucoup de gaz putrides; infection purulente, d'apparence putride: mort, nécropsie. — (Observation de M. Péhéaa.)

Bertrand (Fortuné), profession de cordonnier, âgé de 25 ans, né à Cadenet, canton d'Apt (Vaucluse), est entré à l'hôpital Saint-Eloi le 26 août 1851. — Il y a trois ans environ que le malade fut surpris en sueur par une pluie abondante, qui lui causa pendant un an un dérangement se manifestant par la toux, l'expectoration, de la céphalalgie, des points de côté, une douleur au bras, etc.

Au mois de septembre 1850, il se trouva soudainement atteint d'une vive douleur à la fesse droite, douleur qui remontait vers les lombes et descendait le long de la partie postérieure de la cuisse jusqu'au genou. Cette douleur disparut bientôt sous l'influence d'une cautérisation de l'oreille droite par le fer rouge.

Au mois de mars 1851, il s'aperçut qu'une tumeur lui était survenue au pli de l'aine; elle était indolente, et la peau qui la recouvrait n'offrait aucune altération de couleur. La tumeur augmenta sensiblement et sans douleur jusqu'au mois de juin, époque à laquelle il éprouva à l'entour et dans la tumeur elle-même la sensation d'une chaleur brûlante très-incommode. Alors il se décida à venir à Montpellier: il entra le 26 août à l'hôpital.

Quelques jours après, on ponctionna la tumeur à la partie interne et moyenne de la cuisse; il s'en écoula une forte quantité de pus sanguinolent. L'abcès ne tarda pas à se reformer, et une seconde ponction donna une quantité de pus aussi forte que la première. Une troisième ponction fut bientôt jugée nécessaire, car le foyer était fortement distendu et rendait un bruit très-sonore à la percussion. En même temps que du pus,

on vit se dégager une grande quantité de gaz, dont l'odeur fit soupçonner le sulfhydrate d'ammoniaque. C'est dans cet état que cet homme arriva au 12 septembre. Jusqu'alors toutes les fonctions se sont exécutées d'une manière satisfaisante : l'appétit était bon, le malade mangeait chaque jour assez abondamment.

Le 12 septembre, Bertrand fut tout-à-coup saisi d'un violent frisson suivi d'un froid intense, qui dura depuis deux heures de l'après-midi jusqu'à huit heures du soir. Durant tout ce temps, il brûlait, dit-il, en dehors et tremblait en dedans. (Du 13 au 16, soupe et bouillon; 10 centigr. opium en deux pilules, à prendre une le matin et une le soir; tisane d'orge pour boisson.) Le 16, second frisson moins intense et moins long que le premier; il dura de trois heures à six heures du soir. (Soupe, tisane d'orge et potion avec 60 grammes sirop diacode dans 100 grammes d'eau distillée, vésicatoire camphré au bras gauche.)

Le 19, troisième jour, frisson qui commença à trois heures et demie et dura jusqu'à six heures du soir. C'est le lendemain, 20 septembre, que nous l'avons vu pour la première fois : voici l'état dans lequel il se trouvait. Sa constitution est altérée: il me dit qu'il a beaucoup maigri surtout depuis un mois ; il a de la fièvre. Le pouls est fréquent, mais faible; la chaleur est vive, la peau sèche et d'une couleur terreuse. L'appétit est mauvais: le malade ne désire jamais manger, cependant il digère bien ce qu'il prend ; la soif est modérée. La langue est bonne, pas de mauvais goût ; il y a tantôt diarrhée, tantôt constipation. L'ouverture de l'abcès est comme fistuleuse ; chaque jour on fait sortir une certaine quantité de pus mêlé de gaz fétide. (Lait *bis*, soupe et bouillon, tisane d'orge ; potion avec 60 grammes sirop

diacode pour 100 grammes eau distillée ; purgatif pour le lendemain avec 60 grammes de sulfate de soude.)

Le 21, le malade se plaint d'une vive douleur au bras et à la main gauches. L'examen fait voir un réseau rouge formé par des lignes rougeâtres ou brunâtres qui se croisent, et qui, au toucher, semblent de petites cordes légèrement tendues sous la peau. La fièvre continue; il y a 4 selles dans la journée sous l'influence du purgatif: l'abcès contient du pus et beaucoup de gaz fort désagréable. (0,10 opium en deux pilules, à prendre une le matin et une autre le soir.)

Le 22, l'inflammation, ou plutôt la fluxion brunâtre, s'étend aux veines superficielles de l'avant-bras, à la médiane commune à ses racines, ainsi qu'aux veines médiane céphalique et médiane basilique. Le foyer purulent est toujours très-distendu par beaucoup de gaz fétide et résonne comme un tambour; le pus a mauvais aspect. Le malade se trouve du reste dans le même état. (Mêmes prescriptions, et de plus 60 grammes vin de quinquina.)

Le 23, l'inflammation ou la fluxion a gagné la veine du bras et s'étend jusqu'à l'épaule. Le trajet des veines est apparent et très-sensible au toucher; l'avant-bras est œdématié, le pouls est toujours fébrile, la peau est chaude, sèche et terreuse; les évacuations sont normales; le pus fétide continue à couler du foyer où les gaz se reproduisent; inappétence, mais bonne digestion; le sommeil est assez bon. (Mêmes prescriptions.)

Le 24, l'œdème du bras gauche augmente et l'avant-bras droit devient douloureux, les veines superficielles sont comme enflammées jusqu'au coude: même état général. (Mêmes prescriptions, seulement une pilule avec 0,05 d'opium dans la journée.)

Le 25, le pied gauche devient douloureux; la lésion des vaisseaux est apparente dans la région tibio-tarsienne; le pus continue à couler avec le même aspect et le même gaz : les deux membres supérieurs sont complètement œdématiés. (L'opium est suspendu et remplacé par 0,25 centigrammes de thrydace: continuation du reste.)

Le 26, le pied droit commence à s'engorger; le membre inférieur gauche est œdématié, très-douloureux, surtout au genou et dans la région pelvi-trochantérienne. La face s'altère, l'appétit est mauvais, la soif vive, le pouls fréquent, mais faible et concentré; la peau est sèche, chaude et terreuse; il y a de la diarrhée, insomnie. Le foyer donne beaucoup de pus et de gaz de même odeur. (Mêmes prescriptions.) Le 28, les bras ne sont plus douloureux et l'œdème commence à disparaître dans les membres supérieurs; quant aux membres inférieurs, ils sont encore douloureux et œdématiés: même état général. (Mêmes prescriptions.)

Du 1er au 8, même état général; la face s'altère de plus en plus, les forces s'épuisent, la fièvre continue: il y a une légère exacerbation chaque soir; du reste, le malade ne se plaint point de la poitrine et ne tousse point. Le 8, même état général; l'ouverture de l'abcès s'est fermée, le pus ne coule plus. Le foyer est distendu et sonore à la percussion. (Mêmes prescriptions.) Le 9, on ouvre l'abcès et l'on fait écouler le pus et les gaz amassés. Vers les quatre heures de l'après-midi, le malade éprouve un froid de médiocre intensité qui dure une heure environ; on favorise l'écoulement du pus, qui conserve les mêmes caractères; les gaz y sont moins abondants.

Le 15 au soir, nouveau frisson qui commence à la

même heure que le précédent et dure également une heure. Etat général le même que précédemment, seulement avec aggravation des symptômes déjà existants. (Mêmes prescriptions.)

Du 13 au 25, il n'y a rien de particulier; seulement on voit que la fin du sujet approche. L'amaigrissement fait de grands progrès ; les forces diminuent au point que le malade ne peut plus remuer dans son lit; il y a toujours un peu de diarrhée; la face s'altère de plus en plus et prend les traits hippocratiques. Il survient de l'insomnie ; les digestions deviennent difficiles. On sent un décollement au-dessus de l'ouverture de l'abcès, et deux eschares se forment, l'une au sacrum, l'autre près de l'articulation de la cuisse : du pus coule par cette dernière. (Mêmes prescriptions : lotions avec la teinture de quinquina sur les eschares.)

A partir du 21, l'état du malade va en empirant; le membre inférieur droit s'infiltre. (Potage; 64 grammes résine de quinquina, 5 centigr. cyanure de potassium par jour, en deux pilules; continuation des frictions avec la teinture de quinquina ; vésicatoire au bras.) — Mort dans la nuit du 28 au 29 octobre, à trois heures du matin. — Jamais le malade n'a présenté de toux ni de sueurs nocturnes.

Nécropsie, le 30 (30 heures après le décès). — Amaigrissement considérable de tout le corps; tout le membre inférieur droit est œdématié. Dans le membre gauche, les muscles vaste interne et vaste externe sont décollés des autres couches musculaires ; les parois du foyer sont noirâtres et ramollies. L'abcès de la cuisse gauche communique avec un autre contenu dans le muscle psoas iliaque par l'arcade crurale et la grande échancrure sciatique. Le foyer purulent iliaque gauche communique

avec un autre foyer situé dans la fosse iliaque droite, qui, à son tour, s'étend jusqu'à la région pelvi-trochantérienne du même côté par la grande échancrure sciatique. Des deux côtés, les muscles psoas iliaques sont presque détruits. Il y a carie des deux crètes iliaques; l'altération des 3e et 4e vertèbres lombaires est plus profonde à droite qu'à gauche, et se fait surtout remarquer à la partie antérieure du sacrum et dans l'articulation sacro-iliaque et sacro-lombaire. Du côté gauche, le grand et le petit trochanter sont cariés, ramollis, dans l'épaisseur de deux centimètres. La tête du fémur et la cavité cotyloïde du même côté sont intactes. A droite, le grand trochanter est altéré, mais d'une manière superficielle seulement.

Les vaisseaux artériels de la cuisse droite, les artères iliaques des deux côtés sont isolés du foyer purulent par une matière lardacée, qui leur forme une enveloppe complète. Malgré cela, ces vaisseaux n'offrent aucune altération à l'extérieur ni à l'intérieur. Les vaisseaux lymphatiques et veineux des membres, bien qu'ils aient été siége d'inflammation ou de fluxion, sont tout-à-fait intacts.

L'autopsie démontre, en outre, des adhérences du foie et de l'estomac avec le diaphragme, et des poumons avec la plèvre. Touchant les organes thoraciques, M. A. Delpech, chef de clinique, me transmit les détails suivants : Dans une étendue de 4 centimètres carrés, le sommet du poumon droit est farci de tubercules miliaires se présentant sous l'aspect de corps blancs, opalins, non transparents, brillants, ayant un diamètre d'un grain de riz. Le sommet du poumon gauche contient un tubercule passé à l'état crétacé. Plusieurs ganglions bronchiques sont remplis de matière tuberculeuse. Les organes abdominaux n'offrent aucune altération.

Ce fait mérite la plus sérieuse attention, car jamais nous n'avions suivi avec autant de soin les phénomènes de l'infection purulente et putride. L'état de cet homme est resté peu alarmant, malgré l'altération considérable dont il était tourmenté, tant que l'abcès par congestion n'a pas été ouvert, ou plutôt tant que des gaz fétides ne s'y sont pas développés. Mais dès que ceux-ci sont devenus manifestes, les symptômes de l'infection purulente et putride se sont aussi brusquement prononcés ; ces fluides aériformes ont été ici en plus grande quantité que nous ne l'avions jamais observé, et ils se sont reproduits pendant plusieurs semaines. En outre, un examen comparé nous fit reconnaître que le gaz formé au sein du foyer purulent était bien du sulfhydrate d'ammoniaque.

Frissons violents, accès fébriles répétés, abattement, émaciation, face grippée et exprimant la stupeur, peau sèche et terreuse, diarrhée fréquente, inappétence, douleurs en différentes régions du corps et notamment aux articulations des membres, veines sous-cutanées comme fluxionnées, etc. : n'est-ce pas là l'ensemble des caractères de l'infection purulente ? Toutefois on remarque certains symptômes particuliers ; non-seulement l'absence de douleurs thoraciques et de trouble de la respiration, de teinte jaunâtre, mais surtout la saillie et la couleur des veines superficielles des membres, spécialement de l'avant-bras. Ce n'était pas de la phlogose : cet état rappelait les vergetures ou la disposition des veines superficielles au début de la putréfaction des cadavres ; il semblait qu'un sang sale et mêlé de gaz distendît légèrement ces vaisseaux. Des fluides putrides y circulaient-ils en effet, après avoir été résorbés dans le foyer purulent ? On serait tenté de le croire. Quoi qu'il en soit, la résorption du pus altéré nous paraît ici incon-

testable et se lier aux symptômes d'infection. Les gaz devaient prédominer dans les fluides résorbés, car ils se trouvaient en très-grande quantité au sein du vaste abcès par congestion. La lésion particulière des veines, les douleurs aux jointures, l'ensemble du sujet annonçaient une viciation profonde à laquelle le sang veineux participait spécialement. Il n'y a pas là les caractères de la phlébite ni de l'infection purulente ordinaire, mais un état assez semblable avec des conditions propres et paraissant dues à la présence de gaz putrides dans l'économie. Toutefois, pendant la vie du sujet, l'intégrité des fonctions respiratoires a été en rapport avec celle des poumons eux-mêmes, où nous n'avons pu découvrir, à part des lésions manifestement anciennes, les altérations gangréneuses dont on voudrait faire un des caractères propres à l'infection putride. Ainsi, la résorption de pus fortement ammoniacal ne donnerait pas lieu à des désordres gangréneux des poumons ou des autres viscères. C'est ce que confirment les recherches cliniques et nécroscopiques de M. Bonnet, qui ajoute : « On remarque les envies de vomir et les vomissements verdâtres (1) »; c'est ce que nous avons noté une fois chez le malade dont nous venons de rappeler l'histoire : de sorte que les évacuations supérieures ou inférieures ne seraient point la suite particulière de l'infection putride, mais pourraient se remarquer après toute résorption de matières purulentes. Tantôt, en effet, ces évacuations existent, comme dans les faits signalés par Gaspard (2); tantôt ils manquent, comme nous le voyons, dans les expériences de M. Sédillot et dans les nôtres.

D'après l'observation clinique ou les expérimentations, on a, en effet, avancé que le danger de la résorption

(1) Gazet. méd. Paris, 1843, p. 279.
(2) Journ. physiol., T. II, p. 30, etc.

purulente, surtout à la suite de l'ouverture des abcès considérables ou par congestion, que les phénomènes graves et les dangers mortels dépendaient moins du pus lui-même que des gaz mélangés à ce liquide. L'*hydrogène sulfuré* ou *acide sulfhydrique*, le *sulfhydrate d'ammoniaque* seraient les fluides les plus délétères. Voici ce que Gaspard conclut de ses expériences à ce sujet : « Est-ce en raison de l'ammoniaque que les substances putrides introduites dans l'économie ont produit les effets que j'ai observés ? Je ne le pense pas, puisque cet alcali n'a pas déterminé l'inflammation hémorrhagique des intestins, qui a été toujours constante dans mes dernières expériences..? Cependant on ne peut douter que l'ammoniaque n'ait quelque part dans la production des effets en question, puisqu'on a vu le putrilage végétal être bien moins funeste que celui des viandes qui contiennent le plus d'azote (1). »

Après avoir étudié cette grave question au lit des malades, dans les amphithéâtres et dans les auteurs recommandables, nous avons, comme eux, invoqué les lumières de l'expérimentation.

1re *Expérience*. — Le 5 novembre 1851, je poussai dans la jugulienne cutanée d'un chien jeune et de petite taille 30 grammes environ d'eau peu fétide, tirée d'une auge dans laquelle des pièces osseuses macéraient depuis huit jours. Le liquide pénétra facilement dans les vaisseaux ; néanmoins l'animal n'en parut pas troublé, et n'offrit aucun changement notable pendant les trois jours suivants. Cette expérience est en opposition avec celle que Haller signale, sans dire par qui elle fut pratiquée (2) : sans doute, en ce dernier cas, l'eau employée était bien plus putride.

(1) Journ. physiol. 1822, T. II, p. 31.
(2) Physiolog., 2e édit., T. III, p. 154.

2e *Expérience.* — Le 8 novembre, le chien qui avait servi à l'essai précédent fut soumis à une tentative semblable ; seulement le liquide injecté fut du pus sanguinolent et très-fétide qui avait été recueilli depuis plusieurs jours sur un malade en proie à un abcès par congestion : la quantité de liquide injecté fut de 30 grammes environ. L'animal exerça, comme la plupart des autres chiens, des mouvements de déglutition, jeta des cris, devint triste, abattu, comme ivre ; sa respiration était embarrassée ; bientôt survinrent des vomissements violents, des selles involontaires. Néanmoins ce chien se releva, marcha lentement, finit par se rétablir en apparence, quoique tenant la tête et les oreilles basses. Cinq heures après, rien ne semblait annoncer qu'il ne pût revenir à la santé comme précédemment ; cependant, le lendemain matin, il fut trouvé mort.

Pratiquée vingt-quatre heures après l'expérimentation, la nécropsie nous montra les changements suivants : Les veines du cou sur lesquelles nos opérations avaient porté se trouvaient pleines d'un sang noir, liquide, et qui nous parut un peu sale. Les artères du cou, et surtout la carotide gauche, étaient occupées par un caillot prolongé jusque dans le cœur, et qui nous parut grisâtre. Le cœur contenait du sang noir, liquide, et de petits caillots. Les colonnes charnues du ventricule gauche étaient tapissées d'une injection sanguine si intimement liée à leur tissu, que l'on aurait pu la considérer comme la trace d'une phlogose commençante ; cependant elle disparut après vingt-quatre heures de macération. Les cavités droites du même organe ne présentaient rien de pareil. Les grosses veines du cou, de la poitrine, de l'abdomen, du foie, des reins, de la rate, comme ces viscères eux-mêmes, n'offraient rien d'anormal dans leurs tissus.

Il n'en était pas ainsi des poumons. Sans adhérences avec les parties voisines, ces organes étaient fortement gorgés d'air et de sérosité spumeuse; des portions de lobe se trouvaient fortement pénétrées de sang et presque hépatisées. A leur surface, on remarquait une vingtaine de taches ecchymosées plus ou moins foncées, et dont le centre était occupé par un petit caillot de sang noir et qui nous parut homogène. Dans la profondeur des lobes et au milieu des masses engorgées, on distinguait des points plus noirs et plus durs, occupés aussi par un caillot noir. Il nous a été impossible de suivre les ramifications vasculaires ou bronchiques jusque dans ces points sanguins, de manière à distinguer leur siége réel. Aucun abcès, aucune trace de pus n'a pu être reconnue au sein du tissu pulmonaire; il en a été de même des taches gangréneuses rencontrées après l'injection de pus ou de liquides putrides.

Si l'on compare ce fait à l'observation de Rouve (*p.* 344) mort promptement d'une phlébite de la saphène, on y reconnaîtra une grande ressemblance, puisque chez ce sujet les poumons nous ont présenté des ecchymoses et un tissu gorgé de sang noir et épais, mais du pus nulle part. Chez le sujet d'une autre observation qui succomba rapidement à la même lésion, le sang se trouvait coagulé dans beaucoup de points du corps, et les poumons en étaient gorgés, sans pus en nul endroit.

3[e] *Expérience.* — Le 20 novembre, j'ai fait préparer dans le laboratoire de la Faculté une dissolution de sulfhydrate d'ammoniaque au dixième dans de l'eau ordinaire. 20 grammes environ de ce liquide furent poussés, au moyen d'une seringue en étain qui altérait la dissolution, dans la jugulienne d'un lapin vigoureux. Aussitôt l'animal est saisi de spasmes violents et d'un affaissement

rapidement mortel ; néanmoins les membres, les lombes et la lèvre supérieure sont agités de légers spasmes pendant près de dix minutes. La nécropsie nous montre les poumons gorgés de sang très-noir et comme violacé par plaques. Cette teinte est presque générale, et se retrouve à la surface du foie ; elle rappelle l'aspect de la putréfaction commençante. Les poumons sont peu crépitants et gagnent le fond de l'eau. Leur tissu est comme splénisé, ardoisé, et répand une odeur ammoniacale très-sensible ; leur incision laisse écouler beaucoup de sang noir et spumeux. Le cœur renferme un peu de sang noir, liquide, fétide, et dans le côté gauche un caillot effilé et fétide. Le foie offre une couleur foncée ; le tissu est parsemé de marbrures très-larges, irrégulières, et que le lavage ne fait point disparaître ; il donne aussi une odeur très-repoussante. Le rein présente un changement analogue sur la jonction des deux couches organiques. Le sang est presque partout liquide, très-noir et fétide. Rien autre.

4[e] *Expérience.* — Le même jour, avec 10 grammes environ du liquide employé chez l'animal précédent, nous avons répété la même expérience sur un lapin très-robuste. Les mêmes phénomènes sont survenus ; la mort, moins prompte, a été précédée de quelques inspirations. Bientôt après, la nécropsie nous a permis de constater des changements pathologiques semblables à ceux ci-dessus signalés ; seulement les poumons se trouvaient moins gorgés, un peu plus crépitants vers leurs bords ; le foie offrait des taches livides autour des ramifications veineuses, et le rein présentait aussi une teinte brune au point de jonction des deux tissus, teinte moins marquée que dans l'animal de l'expérience précédente. Ni selles, ni vomissements.

5e *Expérience.* — Le 21 novembre, nous avons répété la même expérience sur un chien de petite taille et âgé d'un an environ. Après avoir ouvert la jugulienne cutanée, nous y avons poussé 10 grammes de la dissolution employée chez les lapins. Aussitôt l'animal est mort, sans donner d'autres signes d'agonie que des spasmes des membres et des lèvres; toutefois il a rendu une petite quantité d'urine et de matières fécales normales. Peu d'instants après, la nécropsie a été pratiquée. Nous devons faire remarquer d'abord que l'odeur propre à ce genre d'animaux ne nous a point permis de distinguer celle que la présence du sulfhydrate d'ammoniaque devait déterminer dans la plupart des viscères; cependant les poumons, le cœur, les grosses veines et le sang en répandaient d'une manière sensible. A l'inverse des nécropsies précédentes, celle-ci nous a offert beaucoup de caillots noirs et sales dans les principales veines du tronc. Les cavités droites du cœur se trouvaient remplies de pareil coagulum. Les poumons présentaient à leur surface des taches ecchymotiques, larges, vagues et qui pénétraient profondément dans le tissu de l'organe fortement gorgé de sang aux lobes droits. Plusieurs de ces lobes étaient crépitants, rosés et comme emphysémateux. Le foie avait une teinte très-foncée, sans offrir de marbrures. Les reins et les autres viscères conservaient leur état normal.

6e *Expérience.* — Deux litres d'eau de macération, très-chargée de sang, et dans laquelle une faible quantité de sulfhydrate d'ammoniaque avait été mêlée, nous ont servi à répéter la même tentative sur un lapin vigoureux. Le 21 novembre, une injection de 10 grammes de ce liquide a été poussée dans la jugulienne; l'animal n'a manifesté aucun trouble et a repris aussitôt son allure ordinaire.

7[e] *Expérience.* — Le 22 novembre, 30 grammes du même liquide ont été portés dans la jugulienne d'un robuste lapin qui avait déjà servi à un essai d'une autre espèce. Aussitôt l'animal s'agite, fait plusieurs grandes inspirations accompagnées de cris plaintifs, et meurt sans convulsions et sans évacuations. Le lendemain, la nécropsie nous a montré les particularités suivantes : Caillots dans toute l'étendue de la veine cave inférieure; foie offrant une couleur foncée et une teinte rougeâtre à la partie antérieure de sa face inférieure; taches ecchymotiques à la surface de plusieurs lobes des poumons qui sont emphysémateux, et dont les ramifications pulmonaires contiennent des caillots; cavités du cœur droit distendues par un caillot noirâtre; petits caillots noirâtres dans le ventricule gauche et se prolongeant dans l'aorte; le cœur, avec les poumons, surnageant dans l'eau; le tissu du rein est un peu brunâtre : rien autre.

8[e] *Expérience.* — Le même jour, un chien vieux et de moyenne taille est soumis à l'injection de 30 grammes du même liquide de macération, auquel j'avais ajouté 5 grammes de la dissolution de sulfhydrate d'ammoniaque, étendue de dix fois son volume d'eau et étant depuis trois jours dans un flacon bouché. Déglutition illusoire, agitation, abattement, démarche chancelante, affaissement, respiration embarrassée, selles et urines involontaires, hébétude. Cet état se prolonge durant un quart d'heure; ensuite l'animal reprend sa démarche ordinaire, et va se blottir dans un coin, où il reste sans prendre de nourriture. Le lendemain et le jour suivant, ce quadrupède a pris des aliments; il reste triste et couché. Ne remarquant pas de trouble notable des organes thoraciques, je soumets ce chien à une seconde expérience. Le 26 novembre, 30 grammes de liquide

fétide de macération, auquel sont mêlés 5 grammes de dissolution d'acide sulfhydrique, sont injectés dans la jugulienne. L'animal jette des cris, se débat; mais, placé à terre, il se soutient avec peine, et reste sur le même point comme hébété; sa respiration paraît laborieuse, comme s'il allait vomir. Cependant il se rétablit entièrement quelques heures après, et prend ensuite beaucoup d'aliments.

9e *Expérience.* — Le 25 novembre, 50 grammes d'un mélange à parties égales d'eau de macération peu fétide et de pus, auquel étaient mêlés 5 grammes d'une solution d'acide sulfhydrique au dixième, ont été injectés chez un chien de taille moyenne. Aussitôt l'animal poussa des cris, rendit des selles et des urines ordinaires, et presque en même temps fut saisi d'une raideur générale; la bouche s'ouvrit fortement, des soubresauts spasmodiques et un état très-prononcé de mort apparente succédèrent à ces premiers symptômes. On pouvait toutefois sentir de forts battements du cœur. Cet état durait depuis une minute, quand la respiration suspendue se fit par une inspiration bruyante, suivie de plusieurs autres très-profondes et de plus en plus rapprochées. Bientôt le chien reprit ses fonctions, se traîna en montrant une demi-paralysie des membres postérieurs, ne voulut prendre aucune nourriture et succomba dans la nuit suivante, c'est-à-dire environ dix heures après. La nécropsie nous a montré les particularités suivantes: Le foie paraît sain; petites ecchymoses et plaques emphysémateuses à la surface des poumons, dont le tissu est dense, peu crépitant, gorgé de beaucoup de sang noir et sans odeur fétide. Les quatre cavités du cœur sont gorgées d'un sang à demi coagulé et offrant l'aspect du sirop de groseille. Granulations nombreuses dans le tissu de la rate; point d'altération dans les vaisseaux.

10e *Expérience.* — Le 20 novembre, j'injectai à un fort lapin 20 grammes d'eau fétide de macération additionnée de sulfhydrate d'ammoniaque. L'animal parut étonné, marcha lentement, n'eut pas de diarrhée ni de vomissements, et ne tarda pas à se rétablir. Voyant cet état, je le soumis à une seconde expérience. Le 25 novembre, j'injectai dans la jugulienne 5 grammes de mercure sans que l'animal en ait paru incommodé. Le 26 novembre, l'ayant fait périr, il me fut permis de constater la nécropsie suivante : Tous les organes me paraissent sains; point de globules de mercure dans l'intestin, les fèces, le cœur, les gros vaisseaux. Le foie présente plusieurs concrétions fibrineuses, mais anciennes. Les poumons offrent d'assez nombreuses ramifications mercurielles autour desquelles le tissu n'est pas lésé; en plusieurs points cependant on voit des engorgements sanguins, une véritable hépatisation rouge, mais nulle part des taches ecchymotiques noirâtres et gangréneuses. Le peu de mercure retrouvé chez cet animal n'est pas en rapport avec celui que j'avais injecté.

11e *Expérience.* — Le 27 novembre, un chien jeune et de petite taille nous servit à répéter les mêmes recherches. Vingt grammes d'eau fétide de macération additionnée de cinq grammes d'une dissolution de sulfhydrate d'ammoniaque au dixième, furent injectés dans la jugulienne. L'animal s'agita, poussa des cris, resta abattu peu de temps, et sembla reprendre son allure ordinaire; cependant il fut trouvé mort le lendemain matin : il dut vivre dix heures environ. La nécropsie nous montra l'état suivant : La veine par laquelle l'injection avait été faite ne présente aucune trace de phlogose; le sang est partout fluide et d'un noir violet; les cavités du cœur en contiennent du même aspect; les parois du ventricule

gauche présentent des plaques rougeâtres et tenaces. Les poumons offrent plusieurs ecchymoses qui pénètrent assez profondément et aboutissent à du sang noir et coagulé; les bords de plusieurs lobes sont le siége d'un engorgement sanguin très-prononcé. Le foie offre des plaques comme ardoisées ; les reins et la rate sont très-congestionnés ; les intestins et le péritoine ne nous ont point paru lésés. Point d'odeur fétide.

12e *Expérience.* — Le 29 novembre, un chien petit et jeune fut soumis à la même tentative, avec 25 grammes du liquide employé précédemment. L'animal s'agita, puis resta abattu, vomit, se redressa, marcha lentement, et fut tristement se placer dans une corbeille. Il ne paraissait pas destiné à périr bientôt; cependant il succomba environ quatre heures après. Pratiquée deux jours après, la nécropsie nous a montré des lésions seulement dans les poumons, où plusieurs ecchymoses profondes mais homogènes, existaient aux bords de deux lobes; on y remarquait encore beaucoup d'élevures emphysémateuses. A la faveur du papier imbibé de sous-acétate de plomb, il nous a été impossible de reconnaître l'existence du sulfhydrate d'ammoniaque dans ce cadavre.

13e *Expérience.* — Sur un chien vieux et amaigri par deux essais qu'il avait subis peu de temps auparavant, nous avons répété l'expérience précédente, le 28 novembre, à l'aide de 40 grammes du même liquide. Aussitôt l'animal tombe dans une prostration profonde et une asphyxie imminente ; la respiration est entrecoupée, laborieuse; les membres sont agités de contractions spasmodiques, cependant aucune évacuation. Cette agonie dure un quart d'heure environ ; ce quadrupède reprend ensuite sa santé antérieure malgré les trois injections

putrides qu'il a souffertes. Du reste, pas d'évacuations anormales.

14e *Expérience.* — Le même animal fut soumis à un essai pareil le 1er décembre, mais avec 60 grammes d'un liquide très-fétide de macération, additionné d'un tiers de solution de sulfhydrate d'ammoniaque au dixième. Au même instant ce chien tombe dans un état d'angoisse et de spasme extrêmes ; les inspirations sont rares, difficiles, bruyantes et comme étranglées ; la pupille, d'abord dilatée, se resserre notablement ; l'animal pousse des cris plaintifs, respire avec moins de peine, reprend connaissance, ne rend aucune évacuation. Il se rétablit entièrement, et est mis à mort par strangulation six jours après. L'autopsie ne nous découvre aucune lésion dans aucun organe, si ce n'est de nombreux kystes vermineux autour de l'aorte et à la petite courbure de l'estomac, et des traces de phlogose peu étendue dans l'une des veines par où l'injection avait pénétré à deux reprises. Nous devons faire remarquer que c'est là le seul cas où la phlébite même fort circonscrite ait été la suite de nos expériences avec des liquides plus ou moins irritants, plusieurs fois répétées sur le même point, et avec des instruments parfois sales. Cette remarque semble prouver la nécessité d'une disposition de l'économie pour que l'inflammation des veines survienne.

Sans rapporter un plus grand nombre d'expériences qui ne modifieraient pas l'expression de celles déjà exposées, il est manifeste que l'action du pus ou d'un fluide putride produit rarement des abcès multiples chez les quadrupèdes soumis à de pareils essais. L'économie peut donc supporter des quantités bien notables de pus ; mais il est infiniment probable que l'infection pro-

longée perturbe profondément la vie et en détermine même la cessation assez prompte. Sous l'influence de cette infection prolongée, et chez des sujets du reste en proie à un état morbide, la formation d'abcès multipliés est bien plus aisée. On peut voir encore combien il est difficile de déterminer, même chez les animaux, le développement d'abcès ou de lésions gangréneuses à l'aide de l'injection de fluides putrides.

Toutefois les recherches auxquelles nous venons de nous livrer conduisent à reconnaître que le pus louable ou pur est bien plus aisément toléré par l'économie que le pus vicié et les matières putrides. Celles-ci exercent sur la vitalité des organes et du corps entier une influence fâcheuse et maligne. Ainsi, pour amener des lésions locales et générales les plus graves, il suffit de la simple piqûre d'un instrument recouvert de liquides fétides. Ceux-ci semblent atteindre promptement la vie, de manière à produire ces pustules des anatomistes, trop de fois suivies d'un état typhoïde ou d'infection putride. M. Jobert a fait connaître plusieurs cas où la piqûre d'une aiguille qui servait à coudre des pièces de linge imprégnées de matières purulentes et provenant des hôpitaux, a déterminé une gangrène sèche du lieu blessé (1). Ces observations rappellent au praticien la pourriture d'hôpital engendrée au milieu des conditions de malpropreté et d'entassement, soit des malades, soit des matières fournies par ces derniers. La viciation méphitique des lieux où beaucoup de personnes sont obligées de séjourner, enfante le scorbut, les fièvres putrides, le typhus, avec tendance trop ordinaire aux altérations gangréneuses.

Au sujet des virus et des miasmes, nous avons déjà

(1) Bullet. thérapeut., 1848, p. 36.

suffisamment insisté sur les effets de l'air vicié par les diverses exhalaisons de personnes saines ou malades. Cette viciation tient à la présence des mêmes gaz fétides qui se forment dans les vastes collections purulentes. Les suites de cette influence sont analogues dans presque tous les cas. Nous devons donc reconnaître que cette viciation de l'air ou du pus est capable de déterminer un trouble putride ou typhoïde ; non toujours peut-être directement par elle-même , mais en amenant une lésion morbide et vitale; non peut-être encore par les gaz connus, mais par une condition à laquelle ces fluides se lient ordinairement.

D'ailleurs une fois résorbés , ces fluides putrides provoquent leur multiplication au sein de l'économie elle-même. Ainsi , il suffit d'un peu de virus syphilitique, variolique , vaccinal , nosocomial , etc., de miasmes divers, pour que le corps vivant engendre une grande quantité des mêmes fluides morbides. Il y a là bien plus un mode vicieux des forces vitales, qu'une résorption progressive des virus ou des miasmes. Cette affection vitale s'exprime précisément par la reproduction prolongée et abondante des produits pathologiques. De même, dans l'infection purulente ou putride, comme dans le typhus, la peste, la syphilis, etc., il y a bien plus une lésion vitale de l'économie, déterminée d'abord par la présence d'une certaine quantité de fluides putrides et la multiplication spontanée de ceux-ci, que diffusion de ces derniers provenant de leur source primitive. Ainsi, quoique la quantité de fluides malfaisants qui sont résorbés entre pour beaucoup dans la production de l'infection, la tolérance ou la résistance vitales y jouent un bien plus grand rôle. De là, la tolérance observée souvent sur l'homme ou sur les animaux pour une quantité semblable de fluides

putrescents, et l'intolérance pour des fluides moins abondants chez d'autres sujets. De là, l'indifférence de certaines personnes pour les piqûres d'amphithéâtre, et la susceptibilité répétée pour ces lésions de la part de certaines autres. Du reste, l'état putride, typhoïde, si fréquemment observé à la suite de la viciation du pus au sein de vastes abcès, nous semble, comme à MM. Bérard, Sédillot, etc., être la conséquence de la résorption des fluides fétides qui produisent rarement les abcès métastatiques et multiples dont l'infection purulente est la source ordinaire.

Chapitre troisième.

De la diathèse purulente, et de plusieurs autres sources d'abcès multiples.

J'entends par diathèse purulente, dirons-nous avec le docteur Teissier (1), une modification de l'organisme caractérisée par la tendance à la production du pus dans les solides et dans les liquides du corps humain. Ajoutons toutefois qu'en ces cas on ne remarque point de traces prononcées d'inflammation : c'est là même un des caractères locaux les plus propres à cette affection morbide. Le pus, écrit avec raison M. Bonnet (2), peut être sécrété sans qu'il y ait congestion sanguine, sans qu'il y ait de douleurs, et sans qu'autour des parties en suppuration il se forme une sécrétion de lymphe plastique et de sérosité. C'est ce que nous avons rencontré chez une femme morte à l'Hôtel-Dieu de Lyon et dont nous signalerons l'histoire, chez un homme situé dans notre service à l'Hôtel-Dieu de Montpellier en 1846. Les cas rapportés

(1) Journ. *l'Expérience*, T. II, p. 81.
(2) Trait. malad. articul., T. II, p. 59.

d'après Lamothe, celui dont M. Duplay publie l'intéressante relation (1), sont du même genre.

On rencontre cette disposition fâcheuse chez les individus faibles, débilités, scrofuleux. « J'ai observé, dit M. A. Baudelocque (2), une forme particulière, et que je crois fort rare, de la maladie scrofuleuse : c'est une véritable diathèse purulente se manifestant par l'apparition d'un grand nombre d'abcès successifs sous-cutanés, sans engorgement ni inflammation préalables. » L'auteur rapporte à l'appui de cette vérité deux faits analogues à ceux de Lamothe, aux deux cas dont M. le docteur Cazalis a donné connaissance à la Société anatomique (3). En ces derniers faits, du pus existait au sein de plusieurs articulations et d'autres parties du corps, sans trace d'altération organique. L'absence de celle-ci fut constatée encore par M. le docteur Duplay chez les personnes dont le sang contenait une grande quantité de pus. » Le pus, selon M. Bégin (4), peut être formé sans qu'une inflammation manifeste ait annoncé sa sécrétion. Quel praticien n'a pas observé à la suite des gastro-entérites graves, et spécialement des varioles confluentes, une sorte de diathèse purulente qui se caractérise par une multitude d'abcès qui ne sont pas précédés de la trace la plus fugitive de douleur et de fièvre? » Pendant l'hiver de 1848, deux hommes jeunes, lymphatiques, à formes potelées, se trouvaient dans le service du professeur Velpeau, où ils étaient entrés pour des abcès froids à l'épaule, autour du trochanter, au pouce, au coude, etc. L'existence de ces abcès multiples sans inflammation manifeste, chez des sujets offrant tous les caractères de

(1) Archiv. médic., 2e sér., T. VI, p. 223.

(2) Trait. malad. scroful.

(3) Rev. médic. 1833, T. IV, p. 259.

(4) Physiol. pathol., 1re édit., p. 178, 1821.

l'adynamie, nous fournit des exemples de la diathèse purulente. Cette affection morbide de l'économie nous paraît, comme à De Haën, Baumes, M. Teissier et à plusieurs autres médecins, tenir à la transformation du sang en pus. Cette importante question mérite de notre part des investigations nombreuses et variées.

Article Ier. — *Analogie des globules du sang et du pus.*

Si l'on prend du pus scrofuleux et qu'on le soumette sur une plaque de verre sous l'objectif du microscope de Raspail, on observe des globules transparents, en général d'une forme arrondie et d'un millimètre de diamètre, paraissant composés de quatre ou cinq granulations transparentes aussi, mais d'un diamètre beaucoup plus petit ; il semble même que ces globules sont constitués par l'agglomération de corpuscules beaucoup plus petits, mais semblables entre eux. Après ce premier examen, si l'on prend du même pus, mais qui a séjourné pendant quelque temps dans un flacon bien bouché, on trouve les mêmes dispositions ; il n'en est plus ainsi, lorsqu'on soumet ce même pus entre deux plaques de verre qui exercent une légère pression sur le liquide : un autre état des globules se présente alors.

En effet, ils offrent un demi-millimètre de diamètre ; ils sont parfaitement transparents, excepté au centre, où l'on observe une sorte de tache ou de dépression obscure. Il est évident que ces globules ne sont que ces granulations dont nous parlions plus haut, et dont la réunion composait des corpuscules deux fois plus larges, quand l'expérience n'était pas faite sous l'influence de la vive lumière d'une lampe ou d'une bougie.

Les mêmes résultats sont obtenus lorsqu'on examine du sang veineux récemment tiré d'un malade atteint de

pleurésie, et ayant séjourné deux jours dans un flacon bouché. On aperçoit d'abord des espèces de globules beaucoup plus gros, foncés, mais en très-petit nombre, et autour une quantité considérable d'autres globules bien plus petits. Mis entre deux plaques de verre, ces globules présentent la même forme, la même disposition et le même diamètre que ceux du pus soumis au même mode d'examen. Il est cependant quelques globules qui affectent une forme légèrement différente, et, quand ils ont ainsi été laissés quelque temps au contact de l'air, on n'observe plus chez eux cette dépression centrale et obscure, de même au reste que sur les globules de pus abandonnés pendant plusieurs heures à la dessiccation. Ces recherches, que nous avons bien souvent répétées, nous permettent d'avancer qu'il y a la plus grande ressemblance entre les globules du sang et ceux du pus; seulement, dans ce dernier liquide, ils paraissent d'abord formés par l'agglomération de quatre globulins élémentaires, qui se séparent si on soumet le liquide à la pression entre les deux verres, tandis qu'ils sont presque tous isolés dans le sang examiné sur une seule plaque et non comprimé.

Nous avons soumis au microscope et entre deux plaques de verre du pus provenant d'une plaie, pus bien lié, homogène, inflammatoire; nous avons pu constater, à la lumière artificielle, l'existence d'un grand nombre de globules ayant la même dimension, la même forme que ceux du cas précédemment exposé. Examinant ensuite du sang fourni par un individu atteint d'une maladie vénérienne, nous vîmes encore des globules fort nombreux et tout-à-fait semblables à ceux du pus que nous venions d'étudier. Nous voulûmes nous assurer si nous pourrions découvrir quelques différences entre

les globules, et, pour arriver à ce but, nous mélangeâmes un peu de pus et de sang que nous soumîmes à l'expérience; il nous fut impossible de distinguer ceux qui appartenaient au pus et ceux qui appartenaient au sang. Remarquons, en passant, que l'emploi de la lumière artificielle, et la disposition du liquide entre deux plaques de verre, nous ont rendu ces recherches beaucoup plus faciles.

L'un des antagonistes les plus récents de l'assimilation des globules du sang à ceux du pus, M. Sédillot, invoque l'autorité de M. Lebert (1). Selon cet habile micrographe, il faut user d'un grossissement de 500 à 800 diamètres. Celui des globules du pus *varie* entre $^1/_{80}$ à $^1/_{100}$, celui des globules du sang entre $^1/_{100}$ à $^1/_{120}$. Dans le pus les globules sont jaunâtres, ils sont blancs dans le sang: ceux-ci sont moins sphériques; ceux du pus ont une surface grenue, bien peu marquée dans ceux du sang. Les noyaux des globules purulents sont plus volumineux. Les globules blancs du sang ne peuvent passer par les capillaires intacts, et bien moins encore ceux du pus.

Ces différences ne nous paraissent pas aussi concluantes que M. Lebert l'admet; en voici les raisons : 1° le volume des globules *varie* dans les deux liquides; 2° leur diamètre est souvent de $^1/_{100}$ dans les deux fluides; 3° la forme sphérique varie et peut être la même dans les deux cas: 4° l'absorption du sang infiltré loin du point blessé démontre journellement que ce liquide est en entier reporté dans le torrent circulatoire, bien que le microscope nie la possibilité de l'absorption des globules par les capillaires non déchirés.

L'assimilation que nous admettons ici entre les globules des deux fluides, est confirmée en partie par un micro-

(1) Infect. purulente, etc., p. 267, 1849.

graphe non moins estimé que M. Lebert. « Les globules de pus ont une structure et une composition, des caractères chimiques et physiques tellement semblables aux caractères chimiques et physiques des globules blancs du sang, qu'il me paraît jusqu'ici impossible de les distinguer les uns des autres (1). » L'habile micrographe dont nous invoquons l'autorité, se trouvant à Strasbourg, fut prié par M. Sédillot de vérifier l'existence des globules distincts de pus que ce professeur voulait lui faire voir dans le sang, afin de lui démontrer la réalité de ses distinctions entre les globules des deux liquides. De passage à Montpellier au mois de mai 1850, M. Donné a dit, en notre présence, qu'il n'avait pu reconnaître les globules de pus dans le sang que le professeur de Strasbourg s'efforçait de mettre sous ses yeux. Nous ne doutons pas certainement de l'habileté des micrographes sur lesquels M. Sédillot appuie le sentiment qu'il défend; cependant le fait dont nous parlons est bien propre à nous inspirer beaucoup moins de confiance qu'à lui-même dans ses recherches. Il est du reste une remarque que nos récentes investigations nous permettent d'avancer à ce sujet. Après avoir employé les principaux microscopes ordinaires, nous avons eu recours au microscope solaire que nous avons fait établir dans la Faculté au mois de septembre 1850. A la faveur du grossissement considérable procuré par cet instrument, nous avons pu constater que les globules du pus ou du sang n'avaient pas un diamètre constamment le même, comme nous le disions plus haut; mais encore que les corpuscules qui se présentent d'abord comme des globules purulents sont des masses formées par l'agglomération de plusieurs vrais globules, mais beaucoup plus petits. Ainsi, des plaques où se montraient

(1) Donné, Cours de micrographie. Paris, 1844, p. 82.

des centaines de globules apparents et de formes semblables, étaient composées de trois à cinq globules plus petits et pareils à ceux qui nageaient isolément autour. Cette remarque nous a fait penser que c'était à cette illusion d'un grossissement trop faible, qu'était due l'opinion assez générale qui donne aux globules du pus un volume bien supérieur à ceux du sang et un peu frangé, ce que nous-même nous avions d'abord rencontré avec le microscope Raspail. Il y a donc dans le pus soumis à ces derniers instruments, des masses globulaires regardées comme les globules de ce liquide, formées par l'association de globulins ou véritables globules qui se montrent isolés en bien des points. Or, ceux-ci sont loin de surpasser les derniers points des globules du sang; bien au contraire, en plusieurs cas, le microscope solaire nous a montré ces derniers sous un diamètre supérieur. D'ailleurs, ces dimensions comparées ont fréquemment varié, mais pas tellement cependant chez le même individu que l'analogie entre ces deux espèces de globules ne fût évidente.

En général, nous avons rencontré plus de globules dans le pus phlegmoneux que dans le sang du même individu. Si dans le pus récent on n'observe qu'un petit nombre de globules, on en rencontre de plus en plus à mesure que le pus séjourne davantage dans un flacon. L'influence prolongée d'une petite quantité d'air dissocie les globules ordinaires du pus, les réduit en globulins élémentaires, preuve irrécusable de l'analogie primitive du sang et du pus.

Le passage de la forme sanguine à la forme purulente consiste dans l'agrégation de plusieurs globules du sang. Ce qui le démontre, c'est la présence de plusieurs globulins dans le pus frais, globulins semblables à ceux du

sang récemment sorti des vaisseaux; c'est la constitution manifeste du globule ordinaire du pus par quatre ou cinq globulins; c'est enfin la réduction ultérieure des globules ordinaires du pus en globulins semblables à ceux que le pus récent contenait en faible proportion, il est vrai, mais qui ne diffèrent en rien de ceux du sang normal.

Ainsi s'explique la *formation du pus*, en bien des cas, par l'altération du sang renfermé dans les vaisseaux ou infiltré dans nos organes, alors que l'on ne peut invoquer comme cause une inflammation antécédente. Ainsi, l'on se rend compte de la présence du pus dans le sang chez des individus dont l'économie entière montre une adynamie profonde. Tel était le cas de cette femme dont le docteur Duplay a publié la remarquable observation dans les journaux (1).

D'après les recherches et les expériences dont nous rendons ici compte, nous ne pouvons douter de la possibilité de la transformation du sang en pus. Cette opinion, du reste, est admise dès la plus haute antiquité (2), et plusieurs auteurs l'ont désignée par le terme *diathèse purulente* (3). « Chez un individu, dit M. Andral, mort dans un état ataxo-adynamique avec des abcès multipliés, au milieu des globules sanguins on distinguait beaucoup de globules de pus. D'ailleurs, nulle part la moindre trace de phlébite. C'est un des cas que les anciens auraient appelés diathèse purulente (4). »

Article II. — *Analyse chimique du sang et du pus.*

Si nous comparons la composition chimique du pus et du sang, nous verrons de nouvelles preuves de

(1) Archiv. génér. de méd., T. XI, p. 64, 2e série.
(2) Hippocrate, aphor. 47.
(3) Baumes, fièvres intermittentes, T. 1.
(4) Hématologie.

l'analogie de ces deux liquides. Parmi les matériaux communs à l'un et à l'autre, nous trouvons le fer, l'albumine (Bonnet), la fibrine (Grasmayer), l'hématosine, la cholestérine (Simon), l'urée (Marchand), l'eau, le chlorure de sodium et de potassium (Simon), le phosphate de soude, de chaux et de magnésie (Gutterbock), le carbonate de soude et de chaux (Dumas), le lactate de soude (*idem*), des matières grasses, acides et phosphorées (Bonnet). Voilà une analogie aussi complète qu'on puisse le désirer. Le sang contient, en outre, une matière colorante jaune ou rouge, qui lui donne sa teinte particulière.

Les récents travaux des anatomo-pathologistes de l'Allemagne viennent confirmer tout ce que nous venons d'exposer. Schérer a examiné avec soin les changements survenus dans le sang extravasé : au bout de plusieurs jours, les globules avaient disparu, le sang était devenu bien plus aqueux encore, et il s'était déjà produit des corpuscules de pus ; au bout de quelques jours, il était transformé tout entier en pus. Quoique nous n'admettions pas alors la disparition totale des globules du sang, nous voyons dans cette observation une confirmation indirecte de l'opinion que nous venons de défendre ; elle se trouve bien mieux appuyée des faits suivants. « Du sang, dit Vogel (1), peuvent procéder les formations les plus diverses: pus, cellules granuleuses..., ou devenir le cytoblastème de formations nouvelles et organisées.... La fibrine coagulée se convertit peu à peu en globules de pus.... Le pus louable ressemble tout-à-fait, quant à sa composition chimique, au fluide nourricier général, au plasma du sang. »

D'après cet exposé de l'analyse comparée du sang et

(1) Anat. pathol. encycl. anat., p. 83, 84, 374, 516.

du pus, il nous paraît rationnel d'admettre la plus grande similitude de composition de ces deux liquides.

On ne peut nous objecter que nous n'avons pas signalé les proportions diverses des nombreux éléments de ces liquides, car ces proportions sont variables pour le sang lui-même fourni par les artères ou par les veines du même individu, et à plus forte raison pour le sang provenant de plusieurs sujets différents. Les proportions ne sont plus les mêmes pour le pus provenant des maladies différentes, ou même pour le pus retiré de plusieurs abcès différents chez le même individu. En effet, le pus de diverses maladies nous a présenté un nombre tantôt plus grand, tantôt plus faible de globules; en outre, la partie séreuse ou purement liquide est bien différente en proportion dans les divers abcès, de sorte qu'il est impossible que les éléments chimiques de ce liquide soient constamment en mêmes quantités proportionnelles. Il suffit donc, à notre sens, que les mêmes éléments entrent dans la composition des deux liquides, pour justifier la similitude que l'examen physique du pus et du sang nous a fournie précédemment. Les seuls corps qui se trouvent dans le sang et qui manquent dans le pus sont des matières colorantes.

Les altérations que le sang, selon M. Donné, subit dans les maladies, ne portent pas seulement sur la proportion entre la fibrine, l'albumine, la matière colorante, etc.; les globules sont aussi le siége de modifications dans leur aspect, leur constitution, leur netteté, l'arrangement qu'ils prennent entre eux, etc. » En parlant du travail de M. Mandl sur la composition du sang, M. Donné ajoute: « Dans un cas de gangrène, les globules blancs s'étaient notablement changés et gonflés. » Ainsi donc, comme nous l'avons constaté en examinant du sang et

du pus au microscope, il existe de la variabilité dans le volume des globules sanguins ou purulents du même sujet, de sorte que l'on ne saurait se baser sur une fixité absolue de ces corps, comme le prétendent les auteurs antagonistes de la transformation du premier des fluides en l'autre.

Hâtons-nous de terminer ce sujet, que nous pourrions étendre bien au-delà, si nous tenions seulement à rappeler ici les résultats incontestés de l'analyse physique et chimique. Ces faits permettent d'avancer que le sang ne diffère pas autant du pus qu'on l'a dit communément ; que les globules du sang, d'un volume quatre fois moindre que ceux du pus, servent à constituer les globulins de celui-ci par leur agrégation au nombre de trois à cinq.

Article III. — *De l'infection purulente et de la suppuration dans les animaux vertébrés.*

On sait que M. Gendrin (1) a fondé une partie des faits qu'il a avancés touchant la suppuration, sur de nombreuses expériences. M. le professeur Bérard vient récemment d'articuler contre elle la négation la plus formelle. « Les animaux à sang froid ne produisent pas de pus, selon l'habile professeur de Paris (2) ; sur des grenouilles, par exemple, on a constaté l'impossibilité de déterminer une inflammation suppurative. Comment qualifier, d'après cela, les assertions des auteurs qui prétendent avoir vu dans le mésentère ou les membranes inter-digitales des grenouilles, les globules du sang se convertir en globules de pus, et qui ont fondé sur ces observations des théories de la puogénie? L'inflammation ne produit pas de pus dans les solutions de continuité des oiseaux. »

(1) Hist. anatom. des inflammations.
(2) Dict. en 30 vol., T. XXVI.

En présence d'assertions contraires partant d'autorités si respectables, en présence des résultats positifs annoncés par M. Gendrin et sanctionnés par l'Académie des sciences qui couronna l'ouvrage de cet auteur, désirant en outre appuyer nous-même notre travail sur des expériences aussi bien que sur des observations cliniques, nous avons dû soumettre le sujet contesté à de nouvelles épreuves, et c'est dans ce but que nous avons fait les recherches suivantes.

Nous avons déterminé d'abord des solutions de continuité sur des mammifères (chiens, lapins), et la suppuration n'a pu être douteuse; du reste, nous ne devons pas insister sur ces vertébrés, puisqu'ils ne sont pas mis en question. Parlons des oiseaux, chez qui la suppuration est mise en doute. Toutefois nous devons dire que, voulant récemment répéter ces expériences sur des lapins, nous n'avons pu y déterminer une suppuration bien abondante, et ce n'est qu'après beaucoup d'essais que nous sommes parvenu à obtenir une matière puriforme, épaisse, comme scrofuleuse, autour des corps étrangers introduits sous la peau ou dans les muscles. On ne doit pas perdre de vue ces difficultés, quand on veut apprécier, avec moins d'exclusivisme, l'impossibilité de produire la suppuration chez les oiseaux, les poissons et les reptiles. Ainsi, au moyen de grosses épingles ou même d'allumettes dites chimiques, nous n'avons pu réussir à faire naître une véritable suppuration ni chez les poulets, ni chez les poissons, ni chez les lézards ou les rainettes.

Chez un poulet, nous avons rencontré, autour d'un fragment de liége introduit dans l'épaisseur des muscles pectoraux, une matière liquide, poisseuse, filante, assez analogue à la lymphe plastique et du reste fort abondante. Chez les poissons surtout, le trajet parcouru par

le corps étranger était à peine lisse et sans aucun changement sensible au bout de six jours.

Toutefois, la matière puriforme observée chez les lapins offrait au microscope des globules semblables à ceux du sang du même animal, et la matière visqueuse trouvée chez les oiseaux contenait quelques globules oblongs, comme ceux du sang de ces pennifères.

Ces expériences ne nous paraissent pas conduire à nier la suppuration chez les oiseaux, comme le fait Gutterbock, ni chez les animaux à sang froid, comme le veut M. Bérard ; nous sommes plutôt conduit à penser qu'il existe des conditions particulières et encore ignorées dans leur nature, capables de déterminer la formation du pus chez ces vertébrés ; car il est certain que les difficultés que nous avons rencontrées pour obtenir la suppuration chez les lapins, nous auraient infailliblement conduit à nier la génération du pus chez les animaux, alors que des expériences plus persévérantes, et peut-être le concours de quelques circonstances favorables, nous ont fait plus tard arriver au but que nous nous proposions. Ainsi s'explique pour nous la divergence d'opinions des expérimentateurs, et nous sommes bien loin d'enlever au travail de M. Gendrin le mérite que l'Institut lui a reoonnu.

MM. Bérard, Sédillot, Castelnaud, Ducrest, etc., se sont livrés à d'autres expériences sur les animaux dans le but de montrer l'influence du pus porté dans le torrent circulatoire et y constituant la condition principale de l'*infection purulente*. Nous avons dû vérifier la valeur de ces recherches, bien persuadé, du reste, de la différence essentielle de la vie chez l'homme et chez les prétendus *hominiaires*. Ces expériences ont été faites sur des chiens de petite ou moyenne taille et d'espèces diverses.

15e *Expérience.* — Le 28 juillet, j'injectai sur un chien de trois mois, par la jugulienne externe, 4 grammes de pus additionné de 10 grammes d'eau environ. Il s'écoula une très-petite quantité de liquide au moment de l'injection, et la quantité qui pénétra peut être évaluée à 12 grammes. La seringue retirée, une ligature d'attente a été serrée sur le vaisseau. Le chien mis à terre n'a éprouvé, ni sur le moment, ni plus tard, de phénomènes morbides. Mis en liberté six jours après cette expérience, il était parfaitement portant.

16e *Expérience.* — Sur un chien de deux ans j'injectai la même quantité de liquide que précédemment. L'animal montra, au premier moment, de la tristesse, qui se dissipa promptement. Aucune fonction ne fut troublée. La cicatrisation de la plaie fut rapide.

17e *Expérience.* — Le 15 septembre, un chien de trois mois fut soumis à la même expérience. 10 grammes de pus furent injectés. Il montra un trouble profond. Des selles involontaires, les yeux tristes, les poils du dos hérissés, la queue basse et tournée en tire-bouchon, la démarche chancelante : tels furent les phénomènes consécutifs de l'injection. Quelques heures après, le chien était aussi gai qu'à l'ordinaire.

18e *Expérience.* — Sur un jeune chien qui avait déjà subi une expérimentation semblable, nous injectâmes dans la jugulienne cutanée 10 grammes de pus fourni par le même malade. L'animal ne manifesta aucun trouble notable, et reprit bientôt son état antérieur, de manière à nous permettre de répéter sur lui la même tentative trois semaines après.

19e et 20e *Expériences.* — Le 3 octobre, nous répétâmes sur ces deux chiens l'expérience : 5 gram. de pus furent injectés à chacun, additionnés d'une quantité égale d'eau.

On put remarquer une hésitation dans la marche et un peu de tristesse ; mais ces symptômes disparurent bien vite.

21e *Expérience.* — Je fis, le 13 octobre, sur un de ces deux mêmes chiens, celui qui n'avait éprouvé aucun symptôme fâcheux à la première expérience, une troisième injection. Mal secondé, il ne pénétra guère que 4 ou 5 grammes de pus sans mélange. Le chien ne parut nullement affecté.

22e *Expérience.* — L'autre chien fut soumis également à une troisième expérience. Le 15 octobre, 20 grammes de pus sans addition d'eau pénétrèrent. Après la ligature, le chien mis en liberté fut pris presque sur-le-champ de vomissements d'aliments et de selles. Il se traînait plus qu'il ne marchait, la queue entre les jambes, le regard terne. Il était dans une stupeur profonde, et insensible aux cris et aux châtiments. Pendant cinq jours il ne prit aucun aliment ; il ne pouvait, le lendemain de l'opération, marcher, il semblait paralysé des membres postérieurs ; mais le touchait-on à ces parties, il poussait des hurlements. Tous ses poils étaient hérissés, ses yeux profondément excavés. A l'autopsie, nous ne pûmes *nulle part* découvrir des lésions appréciables, et pas même dans le sang : tous les viscères furent examinés avec le plus grand soin. Les poumons se trouvaient gorgés d'air et de sérosité spumeuse.

23e *Expérience.* — Sur l'un des chiens qui avaient déjà servi à plusieurs expériences semblables, mais qui s'en était tout-à-fait rétabli, je pratiquai dans la jugulienne cutanée l'injection de plus de 10 grammes de pus sanguinolent et fétide. Immédiatement après, l'animal fut pris de vomissements prolongés, rendit la viande naguère ingérée, eut des selles répétées, rougeâtres et liquides,

resta abattu et presque asphyxié, et succomba ou s'éteignit cinq heures environ après l'opération. Le lendemain, je pratiquai la nécropsie, qui ne me permit de découvrir aucune lésion, aucun abcès dans aucun viscère; le sang sorti des incisions du poumon était spumeux, mais sans pus apparent, ce que le microscope solaire me parut confirmer. Cet organe était très-gorgé d'air et comme emphysémateux. Les veines et les vaisseaux de la poitrine ne contenaient pas de pus sensible; les cavités du cœur renfermaient du sang liquide et noirâtre, deux ou trois petits caillots, une masse fibrineuse dans l'oreillette droite. Le pus avait-il été expulsé par les selles? C'est très-probable, non-seulement à cause des faits déjà rapportés, mais encore d'après nos diverses expériences et celles de Gaspard (1), etc., où l'on voit les selles diarrhéiques survenir promptement après l'injection de substances purulentes ou putrides, que l'amélioration du sujet suit assez ordinairement.

24e *Expérience.* — Sur un chien de forte taille, une injection avec 20 grammes de pus non fétide et étendu de la moitié d'eau, a été pratiquée sans que les vomissements aient eu lieu. La respiration n'a point paru gênée. Cependant on remarque chez cet animal, comme chez tous les autres soumis aux mêmes expériences, une sorte de stupeur qui lui fait rechercher l'obscurité. Ce quadrupède paraît se rétablir entièrement, quoiqu'il refuse toute nourriture; il est pourtant trouvé mort le lendemain, et doit avoir succombé douze heures après l'opération.

Autopsie. Toutes les circonvolutions intestinales présentent, à leur surface, des traces de phlogose commençante; la cavité péritonéale est remplie de sérosité

(1) Journ. physiol. Magendie, T. II, p. 29.

très-sanguinolente; taches jaunâtres petites et nombreuses à la surface et dans l'intérieur du foie. A la surface des poumons on remarque des points emphysémateux, des taches sanguines et des arborisations très-prononcées; lobes consistants, gorgés de sang en partie coagulé; tissu pulmonaire presque splénisé et fortement gorgé de sang; il s'écoule des incisions faites à cet organe beaucoup de mucosité; le tissu est peu crépitant. Dans le cœur droit, sang de couleur et de consistance du raisiné ou de la gelée de groseille; même disposition dans le cœur gauche; pus apparent nulle part. Matières grisâtres et muqueuses dans l'intérieur de l'intestin. Le rein ne présente rien d'anormal.

25e *Expérience.* — Le 6 décembre, nous avons injecté 40 grammes environ de pus très-sanguinolent dans la jugulienne d'un chien vigoureux et de taille moyenne. L'animal a poussé des cris, s'est fortement agité au moment de l'injection, est tombé dans une prompte asphyxie, et n'a pas tardé à succomber après plusieurs inspirations laborieuses. Sa nécropsie nous a immédiatement montré presque tous les viscères gorgés de sang noir, demi-liquide et un peu sale dans le cœur droit, sans aucune autre lésion, si ce n'est un peu d'emphysème à la surface des poumons.

26e *Expérience.* — Désirant constater, au moyen de l'expérimentation, l'absorption du pus par les veines, nous avons injecté dans l'abdomen d'un chien de petite taille, mais vigoureux, environ 60 grammes de pus sanguinolent provenant des cavernes tuberculeuses d'un sujet mort de phthisie pulmonaire. Ce quadrupède a bientôt exprimé des souffrances abdominales; il a éprouvé des hoquets et les principaux troubles d'une péritonite à laquelle il a succombé cinq heures environ après l'opéra-

tion. Trois jours après, la nécropsie nous a montré que le pus injecté avait été en partie résorbé et remplacé par une sérosité rougeâtre albumineuse, produite par la phlogose du péritoine ; mais nous n'avons pu reconnaître du pus dans les veines du bas-ventre ni dans aucun viscère. Du reste, nous devons faire remarquer qu'il est fort difficile de distinguer le pus mêlé au sang, à moins qu'il ne soit en grande quantité.

Les expériences dont nous venons de donner le rapide énoncé ont droit de surprendre d'abord, quand on considère l'indifférence des chiens à l'injection de 4, 5 et même 10 grammes de pus ; un seul animal a éprouvé des perturbations prolongées de cette quantité de liquide purulent. On reste encore bien plus surpris lorsque l'on remarque que des chiens d'un volume et d'un âge peu avancé ont résisté et sont même restés impassibles à l'influence de plusieurs de ces injections purulentes pratiquées à peu de jours ou à peu de semaines d'intervalle. Si la dose de pus introduite dans les veines du cou s'élevait au-dessus de 10 grammes, le trouble vital se montrait rapide et profond ; alors déglutition illusoire, stupeur, prostration, difficulté extrême de respirer, vomissements, selles involontaires : tels sont les principaux symptômes observés chez tous ces animaux.

L'économie peut donc tolérer une certaine quantité de pus, comme nous l'avons déjà établi par nos études cliniques ; cette quantité peut même être considérable, puisque plusieurs animaux ont supporté plus de 25 gr. de pus en plusieurs doses. Ainsi, nous voyons des hommes en proie à la résorption purulente tolérer cette viciation effectuée lentement ou à différents intervalles. Nous ne doutons pas que les mammifères ne supportassent aussi

une infection considérable, mais chroniquement et lentement opérée. Une remarque digne d'être notée, c'est l'absence de lésions organiques chez les animaux morts plusieurs jours après une forte injection de pus et après d'autres expérimentations pareilles.

Chez les animaux dont nous venons de parler, nous n'avons pu découvrir les ecchymoses dont parlent Gaspard, M. Sédillot, etc., quoique nous les ayons reconnues chez d'autres chiens et des lapins. Le professeur de Strasbourg nous semble exagérer l'importance de ces petits dépôts sanguins que Gaspard n'avait pu toujours constater (1), même après l'injection de liquides putrides. Du reste, ces ecchymoses se montrent dans beaucoup de parties, et à la suite de l'injection de matières diverses et même de gaz; ce qui prouve que la stase des globules de pus dans les capillaires n'y est pas nécessaire.

Dans le but de connaître la manière dont le pus injecté par les veines supérieures se distribue au sein des organes, nous avons poussé du mercure dans les vaisseaux de plusieurs chiens ou de lapins sacrifiés peu de temps après ces expériences.

27e *Expérience.* — Le 15 novembre 1851, nous avons poussé 125 grammes de mercure dans la jugulienne cutanée d'un petit chien à peine âgé de six mois. L'animal ne s'est pas relevé, a succombé au bout de trois minutes, après avoir poussé des cris et fait quelques inspirations larges et éloignées. La nécropsie, pratiquée un quart d'heure après la mort, nous a montré le mercure distribué dans les juguliennes, les sous-claviennes; amassé en grande partie dans l'oreillette droite, elle-même occupée aussi par un caillot volumineux et très-dense, mais renfermant fort peu de globules de mercure. Ce dernier

(1) Journ. physiol. Magendie, T. II, p. 19, 1822.

était répandu au sein de la prérachidienne, des veines azygos, des intercostiennes, enfin dans presque toutes les ramifications de la pulmonaire et jusqu'à la surface des poumons : le métal coulant n'avait pas encore pénétré dans les vaisseaux efférents. Les autres viscères ne présentaient aucun changement digne d'être noté.

28e *Expérience.* — Le 15 novembre, nous avons injecté dans la jugulienne cutanée d'un fort lapin 30 grammes de mercure. L'animal paraît abattu, marche cependant quand on le frappe ; il respire précipitamment, mais paraît disposé à se rétablir. Il est mis à mort au bout de vingt minutes, et la nécropsie immédiate nous fournit les renseignements suivants. Nous retrouvons du mercure dans la veine cave inférieure, les lombiennes, les intercostiennes, les iliennes latérales, la fémorienne, enfin dans les cavités droites du cœur, et nullement dans les cavités gauches de cet organe. Nous remarquons encore de nombreuses taches ecchymotiques de la surface des poumons, où l'on aperçoit les saillies ramifiées du mercure dans les divisions capillaires de la pulmonaire. Les autres viscères ne contenaient aucune lésion notable.

29e *Expérience.* — Le 15 novembre, un fort lapin nous servit à répéter l'expérience précédente ; seulement l'animal fut sacrifié une heure après l'injection du mercure. Pendant ce temps, nous n'observâmes pas d'autres phénomènes que ceux dont nous avons parlé à propos de l'expérience précédente. La nécropsie nous montra du mercure dans les pelviennes, les iliennes, la fémorienne, les intercostiennes, dans la veine cave inférieure, les cavités droites du cœur et nullement dans les cavités gauches de cet organe, où n'existait aucun caillot. Du mercure se trouvait en plusieurs points des veines de la partie antérieure du foie, au sein d'un grand nombre de

ramifications de la pulmonaire, et le tissu du poumon présentait beaucoup d'ecchymoses, soit à sa surface, soit dans son tissu. Les autres organes et la moelle épinière n'offraient aucun changement notable.

50e *Expérience.* — Le 17 novembre, un lapin vigoureux fut soumis à l'injection de 1 gramme de mercure dans la jugulienne cutanée. L'animal parut d'abord peu affecté; sa respiration semblait accélérée. Le lendemain nous le trouvâmes abattu, comme haletant, les oreilles basses, et ayant refusé tout aliment; cependant il reprit un peu de forces, et fut mis à mort à l'aide de tractions exercées sur le rachis. La nécropsie nous permit de découvrir du mercure dans les différentes veines où nous en avions rencontré chez les autres quadrupèdes; toutefois le tissu pulmonaire présentait un commencement d'hépatisation rouge, ou bien des points où les globules mercuriels se trouvaient entourés d'une suppuration commençante. Les diverses petites tumeurs offraient de petits abcès multiples à une période récente.

51e *Expérience.* — Le même jour, un second lapin vigoureux servit à pratiquer une expérience analogue; seulement l'animal, après avoir offert les troubles et les symptômes qui annonçaient un grand embarras de la respiration, fut mis à mort trois jours après. Nous rencontrâmes du mercure dans presque toutes les veines du tronc, dans le foie, la plèvre, les poumons, le cœur droit, mais nullement dans le système artériel. On remarquait de nombreuses tumeurs et comme des masses tuberculeuses, soit dans le foie, soit dans les poumons, où elles renfermaient des globules mercuriels au sein du tissu pulmonaire enflammé et infiltré de pus d'assez bon aspect; toutefois, en beaucoup de points, le mercure était parfaitement toléré et sans inflammation.

La quantité de mercure rencontrée chez ces animaux ne nous a point paru en rapport de celle que nous avions injectée. Aussi avons-nous ouvert le tube intestinal pour en découvrir une partie, même dans les matières fécales, sans le retrouver; jamais nous n'avons pu en constater dans ces matières, comme Gaspard (1), MM. Castelnaud, Ducrest, etc. Du reste, n'ayant jamais rencontré des globules de mercure dans le système artériel, j'ai vu, comme l'habile expérimentateur cité plus haut, que des recherches à ce sujet devaient être infructueuses; car les molécules du mercure ne paraissent point suivre le trajet de la circulation.

Ces expériences ne peuvent sans doute nous rendre compte de la migration du pus dans l'infection purulente, comme nous l'avions espéré d'abord. Le métal coulant ne suit pas la circulation générale, au moins quand il est injecté en certaine quantité par les grosses veines; nous ne savons comment nous expliquer le passage, dans les selles, du mercure que plusieurs auteurs y ont cependant constaté. Toutefois, ces essais nous montrent la facilité avec laquelle le mercure se répand des veines du cou dans celles du poumon, de l'abdomen, du foie et des membres inférieurs. Ces résultats sont confirmés par nos expériences analogues avec les liquides purulents et putrides. Ainsi, nous pouvons reconnaître avec quelle facilité le pus provenant des plaies de tête s'étend dans les mêmes régions et détermine les abcès métastatiques du foie. Cette démonstration expérimentale confirme les enseignements cliniques et anatomo-pathologiques, et n'est pas une hypothèse gratuite comme celles dont Bertrandi, Pouteau, Richerand, etc., ont agité la

(1) Journ. physiol., T. I, p. 167.

science médicale. On voit encore que le pus provenant de la même région ne suit pas d'abord la circulation générale, mais gagne directement les veines inférieures et se répand dans le foie, à la faveur des communications de la veine cave avec cet organe et avec les autres viscères de la même cavité.

Obs. 15e. — Etat scrofuleux, gale; abcès multiples et puo-sanguins; toniques: guérison. (Obs. de M. le Dr Fraisse.)

Le 22 janvier 1851 est entrée à l'hôpital Calas (Marie), âgée de 21 ans, née à Lacaune, département du Tarn, et résidant à Montpellier depuis dix mois en qualité de domestique au couvent du Refuge. Cette fille est d'une constitution assez délicate, d'un tempérament profondément lymphatique, offrant tous les caractères de l'affection scrofuleuse; elle est née de parents qui, dit-elle, jouissaient d'une bonne santé. Réglée à 15 ans, elle fut atteinte, trois ans plus tard, d'une fluxion de poitrine.

Au couvent, elle prit la gale, qu'elle garda pendant quatre mois, et ne fit aucun traitement. Elle fut ensuite envoyée à l'Hôpital-Général, où elle fut traitée par des bains savonneux et la pommade citrine: guérison et sortie au bout d'un mois et demi, pour rentrer au couvent. Environ un mois et demi après sa sortie de l'Hôpital-Général, la malade a eu des abcès, en tout semblables, dit-elle, à ceux qu'elle porte, abcès dont le premier, très-volumineux, occupait le creux poplité et trois autres différentes parties de la région interne de la cuisse: elle en a beaucoup souffert, mais elle les a vus guérir sans traitement, en suivant la marche qui leur est ordinaire. Au rapport de M. Coste, interne, qui a vu cette femme, sa complexion scrofuleuse est beaucoup plus

marqué actuellement qu'à l'époque où il l'avait dans son service à l'Hôpital-Général.

Le 25 janvier, nous observons sur notre malade un abcès qui s'élève au-dessus de la surface du corps comme la moitié d'un œuf de pigeon; sa forme est oblongue, dans la direction du membre; il est situé à la partie qui correspond aux trois quarts supérieurs de l'avant-bras, sur la face antérieure du radius; la tumeur est rénitente sur le sommet où l'épiderme est fendillé, et dure à la base qui est d'une couleur rouge violacée. Un second abcès de même forme, de même grandeur et de même consistance, se trouve tout-à-fait dans le creux de l'aisselle, derrière le bord inférieur du muscle grand pectoral. Dans les fosses nasales, on voit des ulcérations au-dessous des cornets inférieurs, ulcérations blafardes, peu profondes; le mucus nasal qui coule dans le pharynx rend l'haleine fétide. Violente céphalalgie dans tout le crâne; bourdonnements dans les oreilles, éblouissements parfois. La malade a la figure bouffie, comme œdématiée sur tous les points, principalement aux paupières; le teint est pâle et luisant, les formes sont arrondies; les ailes du nez et les lèvres sont très-volumineuses; les traits sont épanouis et l'expression triste; les chairs sont flasques, la peau blanche; la langue est normale, la soif peu vive; les digestions se font bien.

Nous ne trouvons rien de particulier par l'auscultation de la poitrine; le pouls est assez petit, fréquent. (Quart et côtelette; vin amer, une cuillerée (*bis*); vésicatoires au bras droit, cataplasme sur les abcès.)

Ouverture d'un abcès. — Le sommet de l'abcès de l'avant-bras est blanc; la fluctuation est plus sensible; un plumasseau de charpie imbibé de 30 gouttes d'un liquide anesthésique est appliqué pendant dix minutes; la

malade ressent une légère cuisson ; l'ouverture est faite. La malade sent au coup de lancette une vive douleur qui se continue pendant quatre minutes, après lesquelles elle disparaît complètement. La matière épanchée est *un mélange de pus et de sang noirâtre et décomposé.* (Quart et côtelette; vin amer, une cuillerée (*bis*); lait et tisane de bourrache ; cataplasmes sur les abcès.)

26. Même état de la malade en général ; les règles ont apparu hier au soir. (Mêmes prescriptions.)

27. Les règles se sont arrêtées le 26, à dix heures du matin ; l'abcès ouvert se cicatrise ; même état général. (Mêmes prescriptions ; 1 pilule de Vallet.)

Le 3 février, l'ouverture de l'abcès de l'aisselle a été pratiquée par les mêmes moyens suivis du même résultat, c'est-à-dire de l'évacuation d'un pus sanguinolent et comme caillebotté : la cicatrisation s'opère rapidement. A cette époque, la malade a déjà pris 22 cuillerées de vin amer et 10 pilules de Vallet.

4. La malade a eu dans la nuit de violentes coliques, qui durent encore au moment où nous l'observons ; elle n'a pu reposer un instant. Le pouls est plus fréquent qu'à l'ordinaire ; le ventre n'est pas douloureux à la pression. (Quart le soir, tisan. graine de lin 2 pots ; 1 pilule avec 0,05 opium ; 64 grammes huile de ricin, *illicò.*)

8. La malade a beaucoup été du ventre; aujourd'hui elle se trouve bien soulagée ; l'appétit renaît ; elle a assez de force pour se lever. Tous les symptômes ont en grande partie diminué ou disparu : la figure se colore, l'œdème disparaît peu à peu, les forces lui reviennent. Enfin, le 29 du mois, elle demande à sortir : jusqu'à ce jour elle a été soumise aux mêmes prescriptions.

M. Baudelocque raconte l'histoire d'une fille de 14 ans, admise à l'hôpital pour une maladie qui consistait dans

le développement subit de tumeurs molles, fluctuantes, qui s'enflammaient, s'ouvraient spontanément et laissaient couler un pus de bonne qualité et formaient ensuite des ulcères superficiels. Ces tumeurs, au nombre de quinze, étaient accompagnées de l'engorgement des ganglions lymphatiques voisins; cependant la malade avait de l'embonpoint, et sa santé générale n'était pas dérangée. A mesure qu'un ulcère se cicatrisait, un nouvel abcès se formait, et à l'ouverture de cet abcès succédait un nouvel ulcère. L'usage des préparations iodées et d'un régime hygiénique finit par amener la guérison d'une pareille maladie.

A la suite de ce fait intéressant, le docteur Baudelocque en rapporte deux autres : « J'ai observé, dit-il, dans la division des garçons, deux exemples pareils de diathèse purulente ; le nombre des abcès a été moins considérable, et l'iode a amené la guérison plus promptement. Le pus a été résorbé dans plusieurs de ces abcès, notamment dans l'un d'eux très-volumineux placé derrière l'oreille (1). »

Pendant que nous remplissions en 1846 les fonctions de suppléant du professeur de clinique, nous rencontrâmes dans le service chirurgical un adulte maigre, à peau sale et brunâtre, mais cependant sans trouble des principales fonctions. Cet homme voyait se développer spontanément et sans inflammation notable des abcès multipliés, surtout aux jambes. Après avoir ouvert plusieurs de ces collections de pus, nous soumîmes cet individu à un traitement tonique et à l'usage des amers, qui avaient amené une amélioration prononcée quand il quitta l'Hôtel-Dieu, où il était d'abord entré pour s'y faire traiter d'une fièvre typhoïde.

Durant les mois de juillet et d'août 1847, le service

(1) Journ. *l'Expérience*, T. I, p. 235.

des blessés m'offrit deux cas semblables à celui que nous allons rapporter avec plus de détails : l'un avait pour sujet un militaire, et l'autre un jeune garçon. Le troisième cas, dont je suivis l'observation le 1er octobre de la même année, se présenta chez un cordonnier âgé de 23 ans, lymphatique, habitant les contrées neigeuses des Alpes, où il avait cependant joui d'une assez bonne santé. Toutefois, depuis deux ans, cet homme avait vu se former des tumeurs autour de la jointure du médius droit, puis du gauche, ensuite du gros orteil, du deuxième orteil, enfin au pli de la fesse gauche. Ces tumeurs indolores s'ouvraient et donnaient issue à du pus très-liquide, grumeleux, et laissaient des ulcères violacés à bords décollés, s'étendant jusqu'aux os voisins. Cependant les articulations sont libres; on remarque encore un volumineux abcès à la cuisse, sans communication sensible avec l'abdomen ; mais le fémur est tuméfié et douloureux autour du grand trochanter, l'articulation de la hanche est libre. Contre cet état morbide, cet homme n'a eu recours à aucun traitement rationnel, sans doute à cause de la liberté de toutes ses fonctions et de son apparence de santé. L'examen de ce sujet nous fait diagnostiquer une diathèse purulente avec périostite scrofuleuse. On soumet ce malade au traitement tonique, dont je ne puis suivre l'influence à cause de mon départ pour Paris. Voici un autre fait non moins significatif, et que nous avons recueilli dans notre service à l'Hôtel-Dieu :

Obs. 16e. — Carie du coude-pied; abcès multiples; absence de phénomènes inflammatoires; traitement tonique.

(Observation de M. Vincent, aide d'anatomie à la Faculté.)

Rey (Joseph), âgé de 18 ans, né à Caunes (Aude), boulanger, entre le 13 juin 1851 à l'hôpital Saint-Eloi. Ce jeune homme est né de parents sains; il ne se rappelle pas

avoir jamais été malade dans son enfance. Il y a environ sept mois que, sans aucune cause qu'il puisse rapporter, il vit survenir vers l'articulation tibio-tarsienne du pied droit une tumeur, qui, d'abord très-petite, alla toujours en grossissant et ne tarda pas à s'ulcérer. L'apparition de cette tumeur ne fut accompagnée d'aucun phénomène inflammatoire. Lorsqu'elle se fut ouverte, il s'en écoula abondamment du pus, et le malade n'en souffrit pas plus qu'auparavant, au point qu'il riait de son mal et en plaisantait. Cette première tumeur fut bientôt suivie de plusieurs autres, une située à la partie inférieure et externe du côté droit, une autre vers la partie moyenne du sternum, et enfin une dernière à la région dorsale. Aucune de ces tumeurs ne fut douloureuse, la peau qui les recouvrait ne devint pas même rouge, et le malade s'aperçut à peine de leur présence.

Un médecin fut appelé; il fit commencer immédiatement un traitement anti-scrofuleux. Ne s'apercevant d'aucune amélioration, le malade vint à l'hôpital le 15 juin 1851. La face est décolorée, blafarde, les traits un peu amaigris; la constitution paraît assez délicate, le tempérament éminemment lymphatique. La petite ulcération du pied a un assez mauvais aspect; son fond est grisâtre, fongueux; on n'y aperçoit aucune espèce de bourgeons charnus; vers son milieu, elle présente un pertuis qui peut admettre aisément un stylet ordinaire. Introduit dans cette ouverture, le stylet suit un trajet un peu oblique en bas et en avant, et d'une longueur d'environ 2 centimètres, au fond duquel on sent une surface osseuse, rugueuse, et qui paraît nécrosée. Le pus qui en sort est liquide, mal lié, d'un gris noirâtre; il s'en écoule, du reste, une assez petite quantité. Les tumeurs placées dans les autres parties du corps sont assez volu-

mineuses ; celle du bras a à peu près le volume d'un œuf de poule, celle du dos est un peu moins grosse, celle de la poitrine l'est le moins : elle ne paraît pas plus grosse qu'une noix. Aucune d'elles n'est douloureuse ; elles sont assez mobiles, cèdent sous la pression des doigts, et on y sent une fluctuation manifeste. (Frictions avec la décoction de quinquina, vin amer, injection iodée dans l'ulcération, et pansement avec le vin aromatique.)

Au bout de quelques jours, on propose au malade d'évacuer le pus de la tumeur du bras; il s'y refuse. Le 8, on applique un vésicatoire sur cette tumeur. Ce topique ne produit point la résorption du liquide pathologique, et nous sommes obligé d'y donner issue à l'aide d'une large incision. Le pus qui s'en écoule est grumeleux et blanchâtre. Pendant un mois, cet homme est soumis aux toniques locaux et généraux, sans éprouver une amélioration bien notable dans son état, et se rend à Cette pour y prendre les bains de mer.

A ces faits nous pouvons ajouter les résultats de la pratique de deux médecins distingués. « Il y a des abcès, disent les professeurs Roux et Bérard (1), qu'on voit se développer presque subitement sur diverses parties du corps, sans vice spécial de la constitution, mais chez des sujets faibles, cacochymes : la partie qui en est le siége étant à peine enflammée. » Si l'ensemble des symptômes du mal, si la nature de la maladie mettent entre la diathèse purulente et les scrofules des différences essentielles, les caractères des abcès eux-mêmes semblent appuyer cette distinction. Plusieurs praticiens, entre autres le professeur Marjolin (2), admettent la préexistence de la matière

(1) Dict. en 30 vol, art. *Abcès*, p. 53.
(2) Cours de pathol. chir., p. 6.

tuberculeuse dans tout abcès scrofuleux, matière qui, en se ramollissant, donne lieu à la formation des collections purulentes si indolentes en ces cas. Cette manière de voir est encore celle de Delpech, qui en fait le caractère distinctif des deux especes d'abcès fort analogues à ceux dont nous parlons. « Ces tumeurs scrofuleuses peuvent rester long-temps stationnaires, dit cet auteur (1); et, durant cette espèce de période d'incubation, il se fait sourdement dans son intérieur et dans un ou plusieurs points une altération semblable en tout à celle du tubercule que l'on observe dans le foie, le poumon, etc. Comme dans ce dernier cas, le centre de l'engorgement perd toute trace de l'organisation primitive, il présente une masse homogène blanche ou jaunâtre et se convertit peu à peu en masse floconneuse, caséeuse. On voit maintenant combien ce dernier abcès est éloigné de l'inflammation même chronique, et sur quoi est fondée la distinction que nous avons proposée entre l'abcès chronique et l'abcès froid. »

Voici encore la manière dont s'exprime le même professeur : « Les *abcès soudains* dont il s'agit ne surviennent guère que sur des sujets affaiblis par l'âge, par la misère, par la privation ou par des maladies antérieures. On a cru pouvoir expliquer avec quelque exactitude l'étiologie de cette maladie, en l'attribuant à une diathèse purulente (2). »

Il est peu de praticiens qui n'aient rencontré des cas analogues, surtout dans les *varioles* confluentes. Cette affection morbide a parfois une grande tendance à la production des amas de pus dans la profondeur de nos parties. Ainsi, le professeur Andral raconte l'histoire

(1) Malad. réputées chirurg., T. I, p. 64.
(2) Mal. rép. chir., T. I, p. 70.

d'un homme atteint de variole confluente accompagnée vers le 10[e] jour de pustules remplies de pus, qui, ayant succombé au 14[e] jour de l'exanthème, offrit ensuite de nouveaux abcès dans le poumon et le tissu cellulaire de la région profonde du cou; tous les vaisseaux sont dans l'état le plus normal (1). Enfin, la variole donne lieu aussi parfois à l'expulsion rapide d'une grande quantité de pus par la surface des membranes plus ou moins injectées, mais non altérées profondément, comme nous l'avons remarqué chez un sujet soumis à notre observation. Cette dernière circonstance ou le peu de changement éprouvé par les muqueuses et les autres parties sur lesquelles le pus se montre, la promptitude de ce développement pathologique, l'abondance extrême de la matière purulente, prouvent évidemment que les changements vasculaires des tissus ne forment pas la raison entière de cette génération purulente, et qu'il faut y reconnaître un état particulier de l'économie qui la dispose à produire du pus promptement et abondamment.

Les autres fièvres exanthématiques sont capables d'engendrer des résultats pareils. Dans l'épidémie de *scarlatine*, observée en Westphalie en 1787, Kortunn rencontra des sujets dont les ganglions du cou suppurèrent. Kemedy a vu, pendant une épidémie semblable à Dublin, la suppuration de plusieurs articulations, des abcès au cou, au thorax, etc. La *fièvre miliaire* a fourni des exemples analogues; la *rougeole*, les *érysipèles* en peuvent être aussi la source.

L'*affection scrofuleuse* se présente encore comme une lésion morbide de l'économie, dont un des caractères est la tendance manifeste à la production simultanée de pus en plusieurs parties du corps. Il suffit d'avoir pratiqué

(1) Cliniq. méd., malad. abdom., T. I, p. 278, 3[e] édit.

quelque temps ou d'avoir suivi les hôpitaux des villes situées sur de grandes rivières, pour avoir rencontré maintes fois des individus atteints d'engorgements ganglionnaires, d'abcès peu étendus, mais multipliés, au sein de tissus indolents, avec peu d'engorgement, une peau d'abord peu altérée, mais ensuite amincie et violacée. Ces abcès contiennent du pus séreux, mal lié, grumeleux, enfin du pus scrofuleux. Ils se rencontrent sur le même sujet avec plusieurs autres lésions de même nature, telles que l'engorgement des ganglions lymphatiques, des ulcères, la carie, etc.

Les cadavres de semblables sujets présentent en bien des régions la tuméfaction, la destruction des ganglions lymphatiques, la distension des vaisseaux du même système, et autour, des amas de pus mal circonscrits par des tissus faiblement indurés. Quelquefois même le pus se trouve au milieu de parties où l'on ne rencontre pas d'altération inflammatoire : ce que nous avons pu constater bien des fois, et notamment dans le cas suivant.

Obs. 17e. — Etat scrofuleux ; abcès multiples ; carie du rachis, etc. : mort, autopsie.

Le nommé Bes (Antoine), âgé de 25 ans, né à Bergès, département de la Lozère, doué d'un tempérament lymphatique et issu de parents sains, a toujours exercé la profession de berger. Ce jeune homme a ressenti un prurit général depuis l'âge d'un an, et n'a pas eu d'autre maladie, lorsqu'en novembre 1837 il a vu naître plusieurs boutons sur sa jambe gauche : ces petits abcès se sont développés sans douleurs préalables, et ont suppuré jusqu'en juillet 1838. Un mois après la guérison de la jambe, Bes a vu se développer, sans cause appréciable, à la partie supérieure et antérieure de la cuisse, une tumeur

qui, ayant acquis un fort volume, s'est ouverte spontanément un mois après sa formation, et a donné issue à une grande quantité de matière claire et blanchâtre qui a continué à couler pendant quelque temps. Enfin, cet abcès s'est cicatrisé sans employer de remèdes topiques.

Novembre 1838. Ce jeune homme s'est aperçu qu'une tumeur de la même nature que les autres se développait sur la partie postérieure et médiane de la poitrine : il ne s'en occupait pas, mais il y a quinze jours que, ressentant une vive douleur à l'angle inférieur de l'omoplate gauche, il fit ouvrir cet abcès, qui avait acquis le volume de la tête d'un fœtus. Il s'en est écoulé une grande quantité de pus clair et jaunâtre; l'endroit où l'on a pratiqué la ponction forme encore une fistule qui fournit une matière de même aspect. Ce jeune homme dit n'avoir jamais souffert dans la colonne vertébrale, et se plaint beaucoup de la partie postérieure de la tête et du cou; quand il respire, il éprouve à la base de la poitrine une douleur très-vive, mais depuis son voyage seulement.

Il survient successivement divers abcès froids à la partie interne et supérieure des deux cuisses, au dos, au cou : la plupart ont été ouverts par le malade lui-même au moyen d'épingles. Plusieurs fois de la diarrhée s'est montrée; la peau est devenue jaunâtre, décolorée, terreuse, le sommeil troublé, la respiration ronflante et comme étranglée, la tête fléchie en avant et immobile, le menton très-rapproché du cou, les traits aplatis, tirés et exprimant la souffrance; la déglutition difficile et seulement pour les subtancees demi-liquides; le décubitus dorsal très-douloureux, de sorte que ce malheureux était obligé de reposer assis sur son lit, et de transporter sa tête avec ses deux mains quand il voulait exécuter le moindre mouvement; il crachait beaucoup

de matières purulentes. Enfin, il s'est éteint le 31 juillet 1839.

A l'autopsie, j'ai trouvé une émaciation générale, des abcès froids aux cuisses ; les foyers ont des parois presque décolorées , engorgées de matière blafarde , et vaguement limitées ; les tissus ambiants , ainsi que l'état général du sujet, annoncent une atonie profonde; la matière purulente est, en grande partie , comme albumineuse et mélangée à des flocons d'apparence tuberculeuse. On rencontre de la sérosité en petite quantité dans le péritoine, les poumons farcis de tubercules, des cavernes remplies de pus, très-adhérentes à la partie postérieure du thorax et offrant des communications avec les plèvres, où, surtout à gauche, se trouve une poche purulente fortement unie aux côtes et semblant communiquer, à l'extérieur du thorax, avec un abcès situé au même niveau et qui avait fourni beaucoup de pus scrofuleux pendant plusieurs mois de la vie de cet individu.

Sur les côtés du cou sont des abcès de même aspect , enfermés dans des poches assez semblables à des enveloppes de ganglions lymphatiques, surtout à droite, où, au niveau de la troisième vertèbre cervicale , se trouve un foyer très-grand , de constitution scrofuleuse, communiquant d'un côté en bas et en arrière du cou, et de l'autre en haut de l'atlas. Derrière le pharynx, on voit aussi un foyer de même nature, qui conduit le doigt entre les première et deuxième vertèbres cervicales , complètement privées de moyens d'union.

Après avoir enlevé la colonne cervicale, voici dans quel état on trouve les vertèbres : la masse droite de l'atlas est érodée, sans cartilages, recouverte d'une matière tuberculeuse et lâchement en rapport avec le condyle cor-

respondant de l'occipital ; la masse latérale gauche offre un commencement d'altération, le cartilage s'enlève facilement, sa surface est desséchée et ses bords sont pourvus de points où l'os est rugueux. L'articulation des deux premières vertèbres entre elles est sans liens en avant d'où sortait le pus en grande quantité ; les surfaces articulaires sont cariées et recouvertes de pus blanc, épais et floconneux ; l'apophyse odontoïde est aussi érodée, sans ligaments odontoïdiens ; l'articulation des deuxième et troisième vertèbres offre un commencement de même altération.

Parmi les faits connus dans la science, il en est peu de plus remarquables que ceux dont Lamothe donne l'histoire (1). Le premier cas se rapporte à un homme de 66 ans, obligé de garder le lit depuis six mois, et dont le corps était couvert d'un si grand nombre d'abcès et d'ulcères scrofuleux, que, désespérant d'en obtenir la cessation, le chirurgien avait abandonné l'ouverture des collections purulentes aux efforts de la nature. « La maladie dont ce pauvre vieux homme fut attaqué, ajoute Lamothe, commença par quelques glandes au bras, puis aux jambes, dont peu à peu toute l'habitude du corps se trouva également affligée, et à mesure que quelques-unes se guérissaient il en revenait d'autres : ce qui avait continué pendant six années lorsque je le vis ; et cette alternative de guérisons et de récidives continua encore quatre années ensuite.... Cette guérison ne pouvait se faire à moins que le sang ne se fût déchargé de l'humeur maligne dont il était empreint. »

Lamothe raconte un autre fait analogue que nous allons rapporter, parce que les cas semblables ne sont pas très-fréquents, surtout racontés par un praticien

(1) Traité de chir., T. I, p. 369 et 376.

aussi judicieux. «Un abcès se forma, et il en sortit un pus bien formé et égal; deux mois après il s'en forma un autre, et tant par tout le corps par la suite, qu'après en avoir ouvert plusieurs, ce fut une nécessité de l'abandonner à son malheureux sort. Ces tumeurs étaient quelquefois grosses, rouges, douloureuses, et dans l'aisselle elles paraissaient sans que le malade s'en aperçût, si ce n'était par l'enflure de la partie. » Le malade dont il est ici question était dans une faiblesse extrême, et Lamothe pense que ces abcès multiples dépendaient d'un sang vicié dans son principe.

La formation rapide de ces nombreux abcès pendant le cours de l'affection scrofuleuse a éloigné de l'esprit des praticiens toute idée d'inflammation, dont, en effet, aucun des caractères n'existe. Les cliniciens ont pensé à une viciation primitive du sang, et nous sommes de cet avis, fondés sur les raisons déjà développées à propos de la diathèse purulente. « J'ai observé, dit M. A. Baudelocque (1), une forme particulière, et que je crois fort rare, de la maladie scrofuleuse : c'est une véritable *diathèse purulente,* se manifestant par l'apparition successive d'un grand nombre d'abcès sous-cutanés, sans engorgement ni inflammation préalables. » Tout en reconnaissant les points de contact de cette tendance scrofuleuse à la production du pus avec la diathèse purulente, nous remarquons que celle-ci ne saurait être complètement confondue avec la première. L'affection strumeuse est une lésion spéciale dont un des effets est la formation d'abcès multiples sans phlogose nécessaire; la *diathèse purulente* constitue une autre affection morbide qui n'est point les scrofules, et dont le caractère fondamental est la production spontanée du

(1) De la mal. scrof., p. 347.

pus, tandis que cette production purulente est *un des effets non nécessaires* et plus rares des scrofules.

Nous venons de signaler des cas où les scrofules avaient déterminé des abcès multipliés sous les téguments; mais, fréquemment, ces collections purulentes se forment en des lieux profonds, sous le périoste, dans les os eux-mêmes, comme nous en avons rencontré un exemple remarquable chez l'un des malades de notre service clinique.

Obs. 18e. — Etat scrofuleux; mal de Pott, abcès multiples, toniques, bains de mer, etc.: amélioration. (Obs. de M. Clark.)

Bouquier (Léon), d'un tempérament scrofuleux, âgé de 10 ans, né à Montpellier, est entré à l'hôpital Saint-Eloi le 14 novembre 1850. Cet enfant est malade depuis l'année dernière. L'affection a d'abord produit la tuméfaction des articulations, perte d'appétit; il s'affaiblissait de jour en jour. Malgré un traitement tonique, le mal continua à faire des progrès. On envoya cet enfant aux bains de mer de Cette : il semblait que ces bains et l'eau iodée l'avaient entièrement rétabli ; mais, quelques mois après, il survint au coude des abcès qui s'ouvrirent d'eux-mêmes. Alors apparurent aussi, à la partie externe du bras, quatre petits abcès, ouverts de la même manière et presque à l'insu du malade.

Bouquier revint aux bains de mer et ensuite à ceux de Balaruc. Malgré un nombre considérable de bains, l'état morbide continua à faire des progrès : Bouquier ressentit une violente douleur à la colonne vertébrale, où l'on fit appliquer quatre vésicatoires, plus tard des cautères. Alors survint un abcès à la main droite, qui s'ouvrit comme les autres : cet enfant avait un doigt tuméfié. Pendant son séjour à l'hôpital, cet enfant est soumis au traitement suivant : 4 novembre, application de 4 cau-

tères sur la déviation de la colonne vertébrale, demi-quart, une cuillerée d'eau iodée.

15 décembre. Le malade a de nouveau une toux très-forte qui l'empêche de dormir : on lui prescrit un julep avec du sirop diacode 30 grammes. — 20 décembre. Il va mieux, il tousse toujours; le vésicatoire suppure beaucoup. Ce jour-là cet enfant a fait une chute sur le dos, qui a fait saigner ses vésicatoires.

22. Huile de foie de morue : le malade se trouve beaucoup mieux depuis qu'il prend cette huile; il ne tousse plus autant; le vésicatoire suppure. Cet enfant est resté encore un mois environ dans nos salles, où il a été soumis à l'administration des anti-scrofuleux. Les abcès des doigts, des coudes et des jambes, étaient en voie de guérison quand il a désiré quitter l'Hôtel-Dieu.

Deux abcès au bras gauche, abcès aux deux coudes, deux aux mains, abcès aux jambes, mal de Pott, n'est-ce pas suffisant pour montrer que les collections multiples de pus peuvent prendre leur source dans l'affection scrofuleuse, et que leur siége peut être des plus variés? L'on reconnaît que le travail morbide se développe fréquemment entre les os et leur membrane fibreuse, de manière à produire leur dénudation et l'ulcère du squelette. Assez souvent ce travail scrofuleux se poursuit autour des jointures sans pénétrer leur cavité de longtemps, de manière à constituer des *périarthries* qui finissent, il est vrai, au bout d'un certain temps, par envahir la jointure elle-même (1).

Nous ne devons pas plus confondre l'affection scrofuleuse avec la diathèse purulente par le seul motif de l'apparition d'un grand nombre d'abcès, qu'il serait rationnel de confondre aussi avec cette même diathèse la variole,

(1) Rev. thérap. du Midi, T. II, p. 728, 1851.

la phlébite, la résorption purulente, la lymphangite, le farcin, et plusieurs autres maladies qui peuvent donner lieu à la formation d'un certain nombre d'abcès superficiels. En cela, nous établissons des distinctions rationnelles que M. Teissier a méconnues. Sous le nom de *diathèse purulente*, ce médecin a, en effet, réuni à peu près tous les cas morbides qui peuvent donner lieu à du pus: l'inflammation, le traumatisme, les fièvres, l'affection purulente proprement dite, etc. S'il est utile de voir les rapports des choses, il n'est pas moins convenable, aux progrès et à l'étude d'une science, de tenir compte des différences importantes des objets, différences d'après lesquelles on doit établir des espèces et même des variétés. Pour avoir négligé cette vérité philosophique, les systématiques ont confondu toutes les maladies en deux classes, par excès ou défaut d'irritabilité, de stimulus ou d'irritation, ne voulant voir que les points d'analogie des affections morbides et non leurs points de dissemblance.

Les *mouvements critiques* qui améliorent ou terminent promptement beaucoup de maladies, se manifestent quelquefois par l'apparition sur divers points du corps de collections purulentes ou d'abcès multiples. On sait combien le Père de la médecine attachait d'importance à l'apparition des *parotidites* ou des abcès des parotides vers la fin des affections graves. Il n'est pas de praticien qui n'ait eu occasion de remarquer l'heureux changement survenu dans les maladies malignes après la manifestation des engorgements de la région parotidienne et d'abcès à la surface du corps. Hippocrate distingue avec soin les abcès qui sont des symptômes de maladies et ceux qui en sont les effets critiques. Ainsi, pendant le cours de la peste, comme pendant le règne de certaines fièvres mali-

gnes ou pestilentielles, les bubons et les abcès multiples sont, en général, des symptômes liés à la constitution ordinaire de ces affections morbides. Ces abcès sont critiques quand ils apparaissent vers la fin de la maladie, lorsque celle-ci, ayant parcouru ses premières phases, a de la tendance à se terminer spontanément: alors les abcès se montrent avec promptitude et souvent avec une fièvre que Barthez appelait *synergique.*

L'absence d'inflammation ordinaire forme un autre caractère remarquable de ces espèces d'abcès. « Dans le cas présent, dit Quesnay, il n'est pas besoin, pour produire le pus, d'inflammation à la partie où se forme l'abcès, ni de beaucoup de temps pour la formation de ces abcès, parce que le pus est fait d'avance par la coction de la fièvre. Aussi a-t-on observé que ces abcès se forment en très-peu de temps...... J'en ai vu qui, dès le lendemain du jour qu'ils ont commencé à se déclarer, ont été en état d'être ouverts et qui ont fourni un pus bien formé. »

Au rang de ces abcès critiques, on doit faire rentrer ceux que nous avons rencontrés à la suite de la scarlatine ou de la variole. Le professeur Dumas rapporte, d'après Becker, l'histoire d'un jeune homme atteint de leucophlegmatie: une partie de l'humeur fut expulsée par les selles; le reste, poussé du centre à la circonférence, dit Becker, détermina cinq abcès énormes, et le malade guérit ensuite naturellement (1).

L'*inflammation générale,* ou l'état inflammatoire de l'organisme, est encore une source particulière d'abcès multiples. Cette affection générale est marquée non-seulement par la richesse du sang, la production à peu près constante de la couenne phlogistique, la pléthore

(1) Doct. malad. chron., T. I, p. 204, 2e édit.

et les congestions sanguines, mais encore par la tendance manifeste à produire des désordres locaux et aigus au sein de plusieurs organes à la fois. Parmi les effets phlegmasiques locaux, on rencontre surtout les pseudo-membranes et le pus. Ici, l'ensemble des symptômes tient à une modification de toute l'économie, et non à celle d'une partie du corps isolée. Il existe ordinairement une fièvre vive, ce qui constitue la fièvre inflammatoire connue de tous les temps, et dont on lit des exemples dans Forestus, etc.

Cette affection morbide se montre souvent associée au *rhumatisme*, soit comme forme, ou comme complication: ceci même est le cas le plus ordinaire, car l'affection rhumatismale a le plus souvent le caractère inflammatoire ou nerveux. Lorsque l'affection rhumatismale est intense, et qu'elle attaque un certain nombre de jointures à la fois, on voit parfois survenir des épanchements de synovie d'abord et bientôt après du pus. Chez un étudiant en médecine, en 1833, il se forma des abcès aigus au sein de la plupart des articulations, et le malade ne tarda pas à succomber au bout d'une semaine.

Un fait analogue s'est offert à l'Hôtel-Dieu de Marseille. Un porte-faix robuste, âgé de 28 ans, est pris de très-violentes douleurs rhumatismales au genou droit en travaillant au port de Marseille, au mois de janvier 1843. Le lendemain, il est transporté à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Ducros. Le genou droit est le siége d'un gonflement considérable, avec rougeur vive et douleur excessive; l'épaule droite cause des douleurs atroces et se tuméfie, sans rougeur cependant; peu de temps après, le coude et le coude-pied du même côté deviennent le siége d'une semblable lésion; enfin, malgré des émissions sanguines abondantes et les moyens les plus

énergiques, l'état de cet homme s'aggrave si rapidement que la mort arrive trois jours après son admission à l'hôpital. L'autopsie permit de voir les articulations du genou droit, de l'épaule, du coude et du coude-pied gauches, remplies de pus louable, de pseudo-membranes et d'un peu de sang; les paquets cellulaires se trouvaient fortement injectés; les divers éléments anatomiques étaient peu altérés. Les autres articulations n'offraient aucune lésion ; mais entre le deltoïde et le coraco-humérien droit existaient de vastes fusées purulentes, que l'on rencontrait aussi sous les aponévroses voisines des jointures lésées.

Ces exemples prouvent que le rhumatisme avec inflammation est susceptible d'engendrer des abcès nombreux sur diverses parties du corps. Le professeur Chomel a trouvé chez un malade qui avait succombé à la Charité, et chez deux autres qui moururent à l'Hôtel-Dieu, les membranes synoviales de plusieurs jointures enflammées et remplies de pus. Le même écrivain rapporte l'histoire d'un jeune homme admis à l'Hôtel-Dieu pour un hydrothorax et mort trois jours après, ayant présenté des symptômes de rhumatisme à la cuisse : on trouva des foyers purulents depuis l'aine jusqu'au genou.

Nous allons terminer cette revue générale des sources des abcès multiples par l'énumération de certaines affections morbides où l'on rencontre parfois ces espèces de collections purulentes. Nous avons vu que la *fièvre typhoïde* donnait quelquefois lieu à ces effets pathologiques; le typhus a la même puissance, comme Hufeland nous l'assure, en disant que le typhus peut se terminer « par le passage des inflammations locales à des suppurations internes, lentement mortelles, tant dans le cerveau que dans les poumons et dans les viscères du bas-

ventre, surtout le foie et les intestins. » Le *farcin* est susceptible de produire sur le même individu un certain nombre d'abcès simultanés. « J'ai vu, dit le professeur H. Bérard, sur deux hommes affectés de farcin chronique et qui succombèrent plus tard à la morve aiguë, disparaître en très-peu de temps plusieurs collections fluctuantes, bientôt remplacées par de nouvelles collections qui suivaient la même marche que la première. » Des faits semblables sont rapportés dans les ouvrages de Elliotson, MM. Dupuy, Roger, Vigla, Miquel, etc.

L'ouvrage de M. Sédillot renferme plusieurs faits semblables, et notamment celui d'un hussard qui fut successivement atteint à la cuisse, aux jambes, à l'avant-bras, au sourcil, au cuir chevelu, de collections séro-purulentes ou séro-sanguinolentes. Le sujet ayant succombé, on découvrit des indurations et des abcès dans une foule de points des poumons (1). Les altérations rencontrées sur ce sujet rappellent celles offertes par la plupart des quadrupèdes affectés de farcin : l'un d'eux avait les poumons recouverts d'espèces de tubercules surmontés d'une pétéchie ressemblant à une piqûre de puce (2).

Enfin, nous signalerons comme des lésions dont les effets sont fort douteux, la transformation de la lymphe en pus, admise par certains médecins en théorie plutôt que d'après l'observation directe, et le détritus organique sur lequel Dupuytren avait attiré de nouveau l'attention des médecins.

En résumé, nous croyons que l'observation clinique nous permet d'avancer les conclusions suivantes :

1° Les abcès multiples peuvent résulter de lésions mor-

(1) Ouvr. cit., p. 277, 286, 291.
(2) Mém. Soc. véter. Hérault, 1838, T. I, p. 12.

bides de nature très-diverse, et non constamment d'une seule source pathologique ;

2° L'inflammation de l'économie entière, ou de plusieurs points de l'organisme simultanément, est susceptible de produire de semblables abcès ;

3° L'inflammation des veines ou des vaisseaux lymphatiques en est une cause fréquente ;

4° La résorption purulente en est une des sources ;

5° La diathèse purulente en est quelquefois l'origine ;

6° Les scrofules, la variole, le farcin, la morve, le typhus, la fièvre typhoïde, le rhumatisme, enfin, la plupart des affections morbides générales, et surtout celles qui attaquent spécialement les humeurs du corps vivant, peuvent donner lieu à ces sortes d'abcès, formant tantôt des symptômes et tantôt les crises de ces maladies.

DEUXIÈME PARTIE.

Comparaison des abcès multiples sous leurs différents rapports.

Chapitre premier.

Comparaison anatomo-pathologique des abcès multiples.

Les abcès multiples méritent d'être examinés, quant au liquide qu'ils contiennent, aux parois qui les circonscrivent, aux parties voisines ou éloignées avec lesquelles ils ont certains rapports. Dans les maladies *inflammatoires*, le pus est crêmeux, homogène, bien lié, onctueux ; il renferme fort peu de sérosité, mais parfois il est mélangé à des pseudo-membranes ou à d'autres produits étrangers. Ainsi, les abcès nombreux déterminés par la fièvre inflammatoire, la phlébite, la lymphangite, le rhumatisme, etc., nous ont présenté ces caractères ; nous avons rencontré dans les poumons, le foie, les articu-

lations, du pus de cet aspect, et, dans les veines phlogosées, le même liquide mêlé à du sang ou à des pseudo-membranes.

« Le plus souvent, dit le professeur Velpeau (1), on trouve, au centre de chaque masse, un pus fluide et bien lié; d'autres fois ce liquide est blanchâtre et ressemble à de la sérosité dans laquelle nagent quelques grumeaux caséeux; dans presque tous, la matière devient de moins en moins fluide à mesure qu'on s'approche de la circonférence, où elle est en général tout-à-fait concrète. » L'auteur parle des abcès provenant, soit de la phlébite locale ou éloignée, ou bien de la résorption purulente chez les opérés; de-là les différences qu'il signale dans le pus et dans la consistance de la matière purulente.

En rappelant un cas de phlébite utérine suivi d'abcès nombreux et de mort, le docteur Duplay note, dans les jointures, *du pus bien lié et comme phlegmoneux* (2). L'inflammation des vaisseaux lymphatiques engendre du pus ayant les mêmes qualités, comme le montrent les faits recueillis par M. Gendrin (3). L'on peut encore voir, dans les divers ouvrages qui traitent des maladies des veines, des lymphatiques et des abcès métastatiques, que la matière purulente a le même aspect.

Les abcès soudains provenant de l'inflammation des veines locales ou éloignées, sont souvent de couleur et de composition autres que celles dont nous venons de parler, à cause du mélange du sang à la matière purulente. Ainsi, Dance admet que tout abcès métastatique commence par une sorte d'ecchymose, ce qui nous paraît beaucoup trop exclusif, puisque nous avons trouvé de ces

(1) Abcès multipl. chez les opérés, *Rev. méd.*, T. IX, p. 394, 1826.
(2) Arch. génér. de médec., T. XI, p. 64, 2e série, 1839.
(3) Histoire anatomique des inflammations, T. II, p. 87.

petits abcès pulmonaires fort nombreux, constitués par du pus bien homogène : fait, du reste, constaté par MM. Ribes, Velpeau et beaucoup d'autres médecins. Il s'agit, en l'un des cas cités par ce dernier auteur, d'une adultération évidente du pus que l'on trouve encore au sein des veines, où l'on rencontre du sang liquide, sanieux, plus ou moins blanchâtre, et au milieu duquel il est aisé de reconnaître successivement le mélange d'une quantité de plus en plus forte de pus et de sang. Dans les points où existe du pus moins mêlé à du sang, on peut s'assurer qu'il a les mêmes conditions que celui dont sont pourvus les collections morbides des viscères, du tissu cellulaire périphérique ou des articulations.

Le pus phlegmoneux n'est pas seulement produit par l'inflammation simple, générale ou locale; il est encore le résultat de plusieurs autres affections qui engendrent des abcès multipliés : tels sont le rhumatisme, la variole, le farcin, la morve, etc. (1). Ce que nous disons ici de ces deux dernières affections est encore vrai quand on les observe chez le cheval, comme nous le montrent les recherches de MM. Trousseau, Rayer, Miquel (2). Mais de ce que le pus phlegmoneux se rencontre dans les abcès produits par toutes ces affections, croirons-nous pour cela qu'il dépend de la même cause ou de la même modification morbide de l'économie? Sans anticiper en ce moment sur ce que nous aurons à dire plus tard touchant les rapports étiologiques de ces abcès soudains provenant d'affections pathologiques si différentes, nous ne pouvons nous empêcher de repousser ici les conséquences erronées que l'on pourrait en déduire, en

(1) Boyer, Mém. Acad. méd., 1837, T. VI, p. 625.
(2) Mém. Soc. vétér. 1839, T. I, p. 4, etc.

prétendant rattacher à une seule et même origine un effet semblable. Signalons seulement la diversité de nature des affections morbides, pour montrer l'analogie des abcès multiples appartenant à toutes les maladies où il existe un éréthisme sanguin prolongé.

Si nous comparons maintenant le pus de nos abcès multipliés avec celui que nous offrent les abcès multiples provenant de l'affection *scrofuleuse* et de la *diathèse purulente*, nous y reconnaîtrons des différences dignes d'être notées. Les abcès scrofuleux ont ici leurs caractères ordinaires, c'est-à-dire que le pus se présente sous la forme d'une matière en partie pultacée et en partie puriforme ou purulente; et les proportions de ces deux sortes de matières sont faciles à distinguer pendant l'écoulement, à cause de l'imperfection de leur mélange. La première partie de la matière purulente rappelle les tubercules ramollis rencontrés souvent dans les poumons, et la seconde partie offre une sérosité légèrement onctueuse au toucher. Mais tous les abcès scrofuleux ne sont pas également fournis de l'un ou de l'autre de ces éléments du pus, et plusieurs sont fortement chargés de la partie liquide, tandis que d'autres contiennent une grande quantité de matière pultacée. Le pus scrofuleux a donc des qualités assez tranchées, surtout quand on le compare à celui dont nous venons de parler.

Il semblerait, au premier abord, que le pus des abcès soudains provenant de la diathèse purulente devrait présenter les caractères du pus scrofuleux; et quoique nous l'ayons parfois rencontré fort ténu, néanmoins nous n'y avons jamais reconnu la matière tuberculeuse. Certains praticiens l'ont même vu semblable au pus phlegmoneux : « Nous ne trouvons pas de dénomination plus convenable que celle d'abcès soudains, avons-nous dit

avec Delpech (1), pour désigner les collections purulentes qui surviennent tout-à-coup sans avoir été précédées d'inflammation manifeste, et qui sont déjà considérables au moment où l'on s'aperçoit de leur formation. Si l'abcès s'ouvre spontanément, ce qui est rare, ou s'il est ouvert, il s'en échappe une grande quantité de pus fétide, *mais bien conditionné d'ailleurs.* » En admettant donc que le pus provenant de la diathèse purulente soit bien lié, bien homogène, il faudrait reconnaître sa grande ressemblance avec le pus résultant de l'inflammation; toutefois nous répétons que, dans les faits observés par nous, ce pus était moins épais que le phlegmoneux.

Le pus des abcès nombreux déterminés par la *résorption purulente* présente de grandes différences suivant son origine éloignée, suivant le moment de la métastase. Ainsi, celui de la phlébite récente, déposé en nature au sein des viscères ou des articulations, est crémeux, jaunâtre, enfin inflammatoire. Mais, parmi ces dépôts, on en rencontre où le pus a une teinte brunâtre, sanieuse ou même grisâtre, c'est-à-dire que ce liquide offre à peu près les nuances que celui amassé dans les vaisseaux par lesquels il a été transporté. Chez les amputés dont le moignon contient un pus rare et sale, les abcès métastatiques provenant de la résorption du pus ou du simple transport du liquide engendré dans les vaisseaux, ont des caractères très-divers, comme les sources d'où ils proviennent, la nature des maladies qui ont produit la matière purulente et le moment des états morbides.

De cet examen du pus des différents abcès multiples, il nous semble permis d'en distinguer trois espèces ou plutôt trois variétés principales. L'une de ces espèces est formée par le pus provenant de tout travail pathologique

(1) Mal. rép. chir., T. I, p. 39.

où les forces de la vie sont surexcitées, où il existe un éréthisme sanguin : tel est le pus épais, crémeux, fourni par l'inflammation générale ou locale, le rhumatisme, la variole, etc. La seconde espèce de pus résulte des maladies où l'atonie du système vivant est manifeste, comme dans les scrofules, la diathèse purulente. La troisième espèce renferme le pus altéré ou mélangé à plusieurs autres liquides, au sang, à la lymphe, à la matière tuberculeuse, à des débris de nos tissus, ainsi que nous l'avons remarqué dans les abcès métastatiques amenés par la résorption purulente, etc.

Après avoir étudié le pus des différents abcès multiples à l'œil seulement, voyons si le microscope confirmera les distinctions que nous venons de poser, et s'il ne nous donnera pas des notions particulières. Dirigé par les recherches des micrographes de nos jours, l'examen du pus permet d'arriver au résultat suivant. On prend d'abord du pus retiré, par exemple, de la surface d'une articulation d'un individu adulte atteint d'une tumeur blanche scrofuleuse ; le produit est jaunâtre, fort liquide, donnant l'odeur de fromage ranci. Placé sous l'objectif du microscope de M. Raspail, ce liquide présente deux sortes de matériaux, un milieu en apparence formé de granulations à peine visibles et de globules fort translucides, circonscrits par un bourrelet demi-opaque. Ces globules sont très-nombreux et offrent un millimètre de diamètre ; ils sont en général composés de trois à cinq granulations transparentes, ce qui donne à leur surface l'aspect granulé et à leur constitution l'aspect d'un assemblage de ces petites granulations répandues dans le milieu où ils nagent. Si l'on étend le pus avec une égale quantité d'eau pure, on distingue bien mieux les globules qui nagent au milieu d'une partie plus transparente,

uniforme, où l'on n'aperçoit plus de granulations. Si l'on soumet de faibles portions de ce pus scrofuleux à l'évaporation et ensuite sous l'objectif du microscope, on y rencontre un si grand nombre de globules transparents, que tout le champ visuel en est rempli. Ces globules sont loin d'être tous du même volume, surtout quand le pus a été étendu d'eau pure ; ces corpuscules offrent des dimensions en général assez uniformes, cependant plusieurs sont plus fortes : en outre, ces globules, presque tous arrondis ou elliptiques, présentent parfois une forme allongée, étranglée en 8.

En prenant du même pus depuis plusieurs jours renfermé dans un flacon et le plaçant entre deux verres et sous l'objectif, on voit les globules dont nous venons de parler réduits en ces granulations élémentaires qui, au nombre de quatre ou cinq, composaient les premiers globules du pus examiné d'abord sans être étendu entre deux plaques de verre. Alors on aperçoit fort distinctement des globules d'un demi-millimètre de diamètre, circulaires, en général transparents, excepté au centre où se trouve une espèce de tache foncée.

Après avoir répété ces recherches plusieurs fois sur du pus scrofuleux, phlegmoneux, etc., on est conduit à considérer les globules du pus comme des corpuscules en général composés de trois à cinq globulins associés et formant de petites masses arrondies, transparentes, lobulées, d'un millimètre de diamètre au microscope Raspail. Au milieu du liquide purulent, on remarque des globules beaucoup plus petits que les premiers, et qui ne sont que des globulins isolés. On voit plusieurs de ces globules se déplacer et venir se réunir à d'autres, de manière à constituer des corpuscules très-analogues aux globules ordinaires du pus.

L'examen du pus provenant d'abcès scrofuleux, inflammatoire, syphilitique, etc., n'a pas présenté de différence fondamentale entre ces divers produits; en tous l'on remarque des globules et des globulins semblables, seulement on rencontre moins de corpuscules au sein du pus ténu que dans le pus crémeux. Le pus sanieux et fétide offre certains globules un peu colorés et semblables à ceux du sang.

On a beaucoup insisté sur le volume et la forme des globules, comme étant des circonstances invariables et sur lesquelles on prétendait baser une séparation tranchée entre le pus et le sang. Nous avons vu qu'il y a entre ces deux sortes de globules la plus grande ressemblance physique, mais aussi que leur volume et leur forme ne sont pas absolus. Nous avions même cru remarquer quelques variétés entre le pus fourni par différentes affections morbides et sous l'influence de certaines conditions externes ou internes; nous n'osions pas cependant émettre une pareille assertion, craignant quelque erreur de notre part, lorsque nous l'avons vue soutenue par des hommes du plus grand mérite. « Nous sommes fondé à admettre, dit le professeur Henle (1), que certaines substances introduites dans les vaisseaux sanguins des corps vivants, soit après avoir été absorbées dans l'estomac, soit par toute autre voie, peuvent produire dans les corpuscules du sang des changements semblables à ceux qu'elles déterminent hors des vaisseaux. »

Un médecin italien nous présenta un mémoire où se trouvaient consignées un grand nombre de recherches microscopiques propres à montrer les modifications éprouvées par les globules sanguins sous le contact de

(1) Encycl. anat., T. VI, p. 468.

solutions acides, alcalines, etc. Nous n'avons pu attacher à ces sortes d'expériences l'importance dont le médecin italien les dotait, parce que les actes de la vie ne peuvent être assimilés aux changements survenus dans nos liquides ou nos solides après la mort du sujet, ou la soustraction des humeurs à l'homme vivant. Nassc a reconnu que, chez certains individus, les dimensions des globules sont plus faibles que chez d'autres, et la même remarque a été faite par Vogel (1) : ce que nous avons constaté par nos études au microscope solaire que nous avons fait établir dans la Faculté.

Après avoir examiné le pus des différentes espèces d'abcès multiples, étudions les parois de ces collections morbides. Les tissus qui environnent les abcès multiples inflammatoires ou par éréthisme sanguin présentent des différences, suivant l'époque à laquelle on les examine, suivant le point de départ du mal, suivant l'organe où ils sont placés. Si l'on fait des recherches microscopiques fort peu de temps après le développement du pus, on ne trouve que peu ou point d'altération autour de la plupart de ces collections pathologiques. Aussi plusieurs abcès pulmonaires examinés sur le cadavre d'opérés morts de phlébite nous ont présenté un état presque sain du parenchyme viscéral, tandis que plusieurs autres offraient des veinules injectées, remplies de caillots sanguins ou de sang purulent : autour de certains autres de ces abcès, évidemment plus anciens que les précédents, le parenchyme pulmonaire était engorgé, injecté, ramolli ou induré.

Toutefois les abcès multiples des articulations, chez ces mêmes sujets, existaient assez souvent sans altération d'aucun des éléments anatomiques; quelquefois les

(1) Arch. gén. méd., 3e série, T. IV, p. 512.

cartilages ou la synoviale étaient ulcérés, ramollis; mais ordinairement ces collections purulentes étaient les plus anciennes de celles que le même individu présentait. Autour des articulations, ces abcès s'offrent au milieu du tissu, tantôt presque intact et tantôt épaissi, injecté, infiltré même d'une sérosité onctueuse sur le trajet des veines ou des lymphatiques enflammés, pleins de pus ou de sang purulent ; on rencontre parfois plusieurs abcès qui, presque toujours, ont des parois engorgées et même tapissées de flocons pseudo-membraneux.

Plusieurs de ces collections morbides développées autour des veines ou des lymphatiques lésés sont dues à la propagation de l'irritation ou de la phlogose, et à la suppuration locale semblable à celle des abcès chauds et uniques. La pseudo-membrane que nous avons rencontrée autour de plusieurs de ces collections purulentes nous confirme dans cette idée, et nous fait rapprocher ces espèces d'abcès multiples de ceux que nous avons vus se produire autour des corps étrangers introduits dans les cavités splanchniques de plusieurs rongeurs. Si l'on place un morceau de bois dans l'abdomen d'un chien ou d'un lapin, on aperçoit deux jours après, autour de ces corps étrangers, une membrane jaunâtre, transparente, injectée, pourvue de vaisseaux propres, et contenant, en outre du fragment de bois, des gouttelettes de pus qui n'ont pu être produites que par le sac pseudo-membraneux. D'après ces expériences, le pus des abcès multiples développés aux environs des vaisseaux malades a dû être engendré par les parois plastiques dont il est entouré.

Le point de départ de la maladie imprime quelques changements aux tissus au milieu desquels les abcès multipliés se présentent. Si une ou plusieurs veines

enflammées dans un moignon sont la source des abcès multiples, on rencontre l'épaississement et l'injection des tissus environnant le moignon et les vaisseaux phlogosés; mais plusieurs des collections purulentes éloignées offrent peu de changements morbides dans les organes au sein desquels elles sont situées. Il en est de même pour la lymphangite; toutefois, autour des vaisseaux pleins de pus ou enflammés, il existe certains abcès dont les parois ont les caractères des abcès chauds.

Lorsqu'une affection morbide ou lésion générale est la source des collections purulentes par éréthisme sanguin, les parois des abcès multipliés présentent fréquemment l'injection, le ramollissement et l'engorgement que nous observons autour des abcès inflammatoires : ainsi, ceux qu'engendrent la variole, le rhumatisme, la morve, etc., sont pourvus de parois de cette structure.

Cependant plusieurs de ces collections purulentes existent quelque temps sans altération notable des tissus environnants. La génération en des lieux nombreux et divers s'opère alors par suite d'une modification morbide de l'économie entière, qui se manifeste par une tendance à la production rapide du pus; tandis que, dans les cas où des abcès multiples se forment autour des veines ou des lymphatiques enflammés ou pleins de pus, la génération du pus a lieu par l'irritation locale de plusieurs points voisins.

De ce que nous venons d'étudier, il résulte que les abcès multiples par éréthisme sanguin ont un pus homogène et crémeux, en même temps des parois engorgées, injectées et ramollies, toutes les fois qu'ils proviennent d'une irritation primitive et locale; mais que les parois peuvent se rencontrer sans altération notable quand le pus a été déposé par des vaisseaux enflammés ou pleins

de pus, ou bien lorsqu'une affection générale ou sthénique en est l'unique source. L'on peut même retrouver ces deux états des parois dans les viscères très-vasculaires : les jointures offrent plus souvent des collections purulentes sans lésions organiques sensibles ; on trouve encore cette disposition entre les muscles ou dans l'épaisseur des corps charnus. Nous sommes amené à conclure, d'après ces recherches, qu'en beaucoup de cas d'abcès multiples par éréthisme sanguin, l'altération des parois de ces abcès est consécutive à la présence du pus.

Nous devons maintenant nous occuper de l'état des parois dans les abcès atoniques provenant d'une faiblesse générale ou locale de l'économie : tels sont les abcès formés sous l'influence de l'état adynamique, de la diathèse purulente, des scrofules, etc.

Obs. 18e. — Etat adynamique, abcès multipliés : mort; perforations des parois intestinales.

Au mois de juin 1840, se trouvait à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans le service du docteur Colrat, une malade âgée de 35 ans, entrée à l'hôpital pour une fistule ombilicale et pour un état adynamique des plus prononcés. La fistule laissait échapper des matières intestinales, et on attribuait l'accident à une hernie ombilicale étranglée. Toutefois le ventre était peu ballonné, assez sensible au toucher; l'ouverture de l'ombilic était fort étroite et mollement tuméfiée; la malade était réduite à un état de marasme, ne pouvant supporter presque aucune espèce d'aliments, et en proie à une diarrhée épuisante. Cet état de faiblesse extrême, et l'impossibilité de lui faire tolérer des boissons ou des médicaments, permirent seulement l'usage de simples moyens diététiques : du reste, la malade ne tarda pas à s'éteindre le 25 du même mois.

Après avoir enlevé la paroi antérieure de l'abdomen, nous rencontrons de faibles adhérences autour de l'ouverture ombilicale, entourées, du reste, de matières fécales épanchées en outre dans l'hypogastre, le petit bassin, les fosses illiaques, etc. Après quelques recherches, nous trouvons une ouverture d'un centimètre environ à l'intestin grêle, par où les matières sortaient et se dirigeaient vers l'ombilic. Les intestins enlevés, nous voyons de fortes adhérences entre eux ; en les ouvrant dans toute leur longueur, nous découvrons de nombreuses et petites ulcérations et de petits abcès inter-membraneux, *sans aucune injection autour*, sur une muqueuse décolorée, de sorte que ces pertes de substance semblaient être produites par la fonte d'un tissu diffluent. Les abcès, de la même étendue que les ulcérations, présentaient du pus peu consistant, très-liquide : là se trouvait évidemment l'origine de ces dernières ; leurs parois n'étaient ni endurcies ni injectées, et l'on aurait pu les prendre pour un détritus d'un tissu tout-à-fait putréfié.

Plusieurs ulcérations, plusieurs abcès s'étendaient jusqu'au péritoine : l'une de ces ulcérations avait perforé complètement l'intestin grêle, et donné lieu à la fistule ombilicale ; l'autre reposait sur un point où la muqueuse était bleuâtre et fort amincie, comme en bien d'autres points de sa surface. Le mésentère ne renfermait pas de ganglions engorgés ; les autres viscères ne nous offraient rien d'anormal.

Ici, des abcès multipliés ont été rencontrés sans que leurs parois présentassent aucun caractère d'excitation ni d'inflammation ; point d'engorgement, point d'injection, mais au contraire une décoloration, une diffluence qui s'accordait avec la pâleur de toutes les parties du

corps, la flaccidité des chairs, et l'adynamie que le sujet avait présentée durant sa vie. Certes, il est impossible de rapporter de pareilles lésions organiques à l'irritation ou à la phlogose. Une disposition anatomique à peu près pareille se montre chez certains individus atteints d'abcès multiples par diathèse purulente, comme le professeur Walther l'a constaté. L'apparition instantanée des abcès, l'absence de douleur vive et souvent l'indolence parfaite, la fluctuation immédiate, l'abondance du pus en bien des cas, tout annonce l'intégrité primitive des tissus au milieu desquels le pus se présente; aussi les auteurs ont-ils raison de les appeler abcès soudains.

Cependant plusieurs de ces abcès sont environnés de parois indurées; mais, ici, l'abcès n'est pas récent, et son existence avec les précédents, l'absence de toute injection et de toute irritation démontrent suffisamment que l'engorgement environnant est consécutif à la présence du pus, qui fait fonction de corps étranger.

Les abcès multiples provenant de l'affection scrofuleuse offrent souvent cette disposition: les uns sont dès l'abord fluctuants, sans douleur ni engorgement; d'autres sont engorgés, indurés, surtout quand ils ne sont pas récents; enfin, l'induration peut tenir, dans les abcès de cette nature, soit à l'irritation consécutive à la présence du pus, soit à la matière tuberculeuse ramassée au fond de la collection purulente. En résumé, les abcès atoniques, scrofuleux, diathésiques, adynamiques, etc., ont des parois souvent peu altérées; lorsqu'elles sont indurées ou engorgées, cela tient fréquemment à un effet consécutif, à la formation du pus ou à l'existence de la matière tuberculeuse. Occupons-nous maintenant de la comparaison des symptômes de ces lésions.

Chapitre deuxième.

Symptômes des abcès multiples et de l'état purulent.

Nous avons reconnu trois sortes principales d'abcès multiples, d'après l'état de l'économie entière : l'une comprend les abcès provenant d'une affection morbide où il existe un éréthisme sanguin ; la seconde renferme les abcès produits sous l'influence d'une atonie générale ; la troisième, enfin, se compose des collections purulentes résultant de l'absorption du pus et de son transport au loin. A chacune de ces sortes d'abcès multipliés correspond un ensemble de symptômes assez constants. Dans le premier cas, où il existe un éréthisme du système sanguin, comme pendant la phlébite, la lymphangite, le rhumatisme inflammatoire, la variole, la fièvre et les maladies inflammatoires, on remarque une surexcitation de l'économie entière et des principales fonctions : céphalalgie, injection des conjonctives et de la face ; peau chaude et halitueuse ; pouls fort, plein et vite ; espèce d'exacerbation avec frissons irréguliers, surtout vers le soir ; respiration laborieuse ; langue sèche, parfois pointillée ; urines briquetées ; abattement. On observe encore une tendance aux congestions vers la plupart des organes, une anxiété générale, parfois du délire, de l'agitation, des hémorrhagies actives : le sang est alors épais, promptement coagulé, fortement chargé de fibrine et de peu de sérum ; le caillot est volumineux et résistant ; enfin, il y a tendance à la production de pseudo-membranes et de phlogose en un ou plusieurs points de l'organisme. On doit remarquer que l'ensemble des symptômes a beaucoup de rapport avec la fièvre inflammatoire essentielle

décrite par Forestus (1), par Pinel, par Selle (2), etc. Tels sont les symptômes que l'on rencontre au début du rhumatisme aigu inflammatoire, de la variole, du farcin, de la morve, dans certaines révolutions critiques, etc. Cette excitation générale, cette augmentation dans le mouvement circulatoire, cet accroissement de la richesse du sang, cette tendance à la sécrétion de pseudo-membranes et du pus louable, enfin de plusieurs des matériaux élémentaires du sang, tout justifie le rapprochement que nous établissons entre les diverses espèces de ces abcès multiples provenant d'affections différentes; tout nous autorise à leur conserver la dénomination d'abcès multiples par éréthisme sanguin.

Le second genre d'abcès multipliés provenant d'une faiblesse générale ou locale de l'organisme, ou les abcès atoniques, présentent des symptômes opposés à ceux dont nous venons de parler. « Lorsqu'on voit un malade dans un état de faiblesse et d'indifférence complètes, dit le docteur Teissier, accusant à peine quelques douleurs vagues ou fixes; s'il s'amoindrit visiblement; s'il change promptement de figure, et que la peau de la face, comme celle du corps, perde en partie non-seulement sa transparence, mais sa coloration naturelle, pour devenir mate, sale et quelquefois ictérique; si les traits ne s'harmonisent plus et produisent par leur désaccord l'expression de l'anéantissement; si des frissons habituels et intermittents viennent agiter convulsivement ce corps terne et livide, et font place à des sueurs froides, répandues à la surface d'une peau sans élasticité et sous laquelle le pouls frémit plutôt qu'il ne bat: en quelque circonstance que ce soit, au début, dans le cours, à la fin

(1) *De febribus*, Obs. XI, XIV, lib. I.

(2) Trait. élém. pathol. méd., Montp. 1850, p. 23.

d'une maladie, à la suite de blessures, à la suite de couches, on peut affirmer qu'il y a fièvre purulente. »

Cette description est juste quand on en précise bien la valeur; il ne faudrait pas croire que toute lésion traumatique ou autre qui serait accompagnée d'abcès, présentât l'ensemble des symptômes que le docteur Teissier rapporte: c'est là même la raison de ce vague qui règne dans son travail, du reste remarquable. Il semble, en effet, que toutes les maladies où il se forme du pus doivent être comprises dans la diathèse purulente, soit avec soit sans fièvre; ce n'est pas en vertu de la diathèse purulente, mais tantôt par l'influence de l'inflammation locale ou générale, ou par suite d'affections morbides de nature fort diverse, et qui, en s'associant à la disposition inflammatoire, soit locale, soit générale, engendrent du pus et des abcès plus ou moins nombreux.

Ainsi, le rhumatisme détermine du pus et des abcès quand il revêt la forme inflammatoire, et non lorsqu'il se présente sous la forme nerveuse, fluxionnaire, périodique. En outre, la diathèse inflammatoire est une affection morbide de nature différente de la variole, de la morve, de l'inflammation et de toute autre maladie. Le caractère de cette diathèse est précisément la disposition manifeste ou réalisée à la production de beaucoup de pus sans l'existence de l'inflammation, ni d'une fièvre, ni d'un rhumatisme, ni d'aucune autre affection pathologique.

Le tableau symptomatique tracé par le docteur Teissier convient parfaitement à la *fièvre purulente* simple, à la fièvre typhoïde parvenue à une certaine phase de son cours, enfin à cet état d'infection purulente qui suit le développement de la phlébite, de la lymphangite, de la résorption purulente, et de tout autre état morbide où

beaucoup de pus circule dans le sang. En ce sens seulement, la description du docteur Teissier convient à toutes ces dernières maladies, en tant qu'elles ont l'infection purulente pour point de contact. Rappelons ici que les symptômes fournis par la respiration, et l'apparition soudaine d'abcès en plusieurs parties du corps, sans inflammation préalable, ne peuvent laisser aucun doute sur le passage et la présence du pus dans le torrent de la circulation. Lorsque l'infection purulente débute, les malades éprouvent des frissons irréguliers pendant une ou plusieurs heures, et ces frissons ne sont pas suivis de la réaction ordinaire aux accès paludéens; les sueurs sont rares et grasses; enfin, ces phénomènes se montrent sous la forme d'accès irréguliers.

Bientôt l'adynamie se manifeste; les yeux deviennent caves et chassieux, les conjonctives boursoufflées et jaunâtres, la langue humide ou plutôt recouverte d'une sorte de croûte, les dents fuligineuses, le pouls d'abord vite et dur, et plus tard petit et faible; il y a bientôt diarrhée, délire, stupeur, douleurs thoraciques ou hépatiques et articulaires, toux et ictère. Tels sont les symptômes de l'infection purulente, symptômes qui se rencontrent presque tous dans le typhus: cette dernière affection présente en particulier, d'après Sauvages (1), des taches pourprées irrégulières, des aphthes, de la surdité ordinaire, des parotidites, enfin des douleurs sourdes au syncipnt.

Ces derniers phénomènes sont observés ordinairement, il est vrai, dans le typhus, quoiqu'ils puissent manquer, comme nous le prouve la description des diverses variétés de typhus donnée par Hildenbrand (2); cepen-

(1) Nosol. méthod., T. II, p. 483.
(2) Du typhus contagieux, etc., trad. de Gasc, 1811.

dant ces mêmes symptômes se rencontrent quelquefois dans l'infection purulente. Aussi le professeur Cruveilhier a-t-il eu raison d'appeler *typhus puerpéral* l'état des nouvelles accouchées atteintes de métro-péritonite, ou plutôt de lymphangite utérine avec passage du pus dans le torrent circulatoire (1) ; aussi, Dance, Blandin, Velpeau, etc., ont-ils été fondés à nommer *état typhoïde* l'état des malades atteints d'infection purulente à la suite de la phlébite ou de la résorption purulente.

Remarquez, en outre, qu'assez souvent le typhus donne lieu à la production de divers abcès superficiels ou profonds sous la forme d'une inflammation gangréneuse, de charbons, soit que l'on considère le résultat comme un des symptômes de l'affection elle-même, ou comme un effort critique. D'après ce rapprochement symptomatique, il semblerait que dans le typhus il y a tendance à la viciation du sang et à sa transformation en pus. Mais l'adynamie qui se joint aux abcès multiples ou qui en est la source, ne se présente pas toujours avec ce cortége de symptômes fébriles. Souvent l'adynamie n'est pas aiguë, comme dans le cas précédent, mais chronique et le plus souvent sans fièvre : c'est ce qui a lieu pendant le cours des scrofules et de la diathèse purulente simple.

La diathèse purulente, caractérisée principalement par la tendance manifeste à la production de beaucoup de pus en des lieux différents, a aussi pour symptôme une faiblesse générale lentement établie. Les individus qui en sont saisis présentent une peau décolorée, les cheveux soyeux et lisses, la face sans expression, les lèvres pâles, le corps amaigri, le pouls à peine sensible, les mouvements lents, une propension extrême au repos,

(1) Anat. pathol. du corps humain, avec planches.

des urines muqueuses et rares, une température peu énergique, les mains et les pieds ordinairement froids, les digestions pénibles, parfois des frissons vers le soir, et une fébricule avec des sueurs abondantes, mais partielles et même fétides. Malgré les soins les plus empressés, le régime le plus convenable et les toniques les mieux administrés, la constitution de ces personnes ne peut se rétablir de long-temps et demande parfois des années entières pour prendre une certaine vigueur.

Cette faiblesse radicale se lie au développement soudain des abcès tout formés dès leur apparition et dans plusieurs régions du corps, en même temps ou successivement. Ces amas purulents entraînent tantôt une réaction locale, et alors la peau rougit, le tissu cellulaire s'engorge, des douleurs sourdes se font sentir ; tantôt la réaction est générale : il y a fièvre symptomatique analogue à celle que présente la variole dès que les pustules offrent de la matière puriforme. Toutefois, même alors, la fièvre conserve le cachet de faiblesse auquel le malade est en proie, et le plus souvent il s'agit d'une sorte d'exacerbation de la fièvre hectique assez habituelle chez de semblables sujets.

Dans le fait rapporté par le docteur Duplay (1), où le sang était mélangé de pus dans tous les vaisseaux sans aucune inflammation, nous remarquons les symptômes suivants : maigreur excessive, face pâle, diarrhée, sueurs nocturnes, respiration très-pénible, aspect d'un phthisique, faiblesse extrême. Et cependant, à l'autopsie, les poumons n'offrirent ni tubercules ni cavernes; aucune partie du corps n'était enflammée, mais au contraire toutes décolorées, et partout l'on trouva un sang liquide, puriforme ou tout-à-fait purulent. Comparez les

(1) Arch. gén. méd., T. VI, p. 223.

symptômes présentés par cette femme à ceux des individus atteints de diathèse purulente, et vous y trouverez une ressemblance frappante, quoique l'histoire donnée par M. le docteur Duplay laisse à cet égard désirer plusieurs détails.

Les individus arrivés au dernier degré des scrofules ou à la *cachexie scrofuleuse* voient souvent se développer dans les ganglions lymphatiques, dans le tissu cellulaire sous-cutané ou dans d'autres parties du corps, des collections purulentes soudaines, souvent sans changement de couleur à la peau et sans aucun caractère d'inflammation. Tel était l'état des deux malades dont Lamothe a publié l'observation, et celui des personnes observées par M. Baudelocque. Dans une autre observation consignée par M. A. Baudelocque dans ses *Etudes de la maladie scrofuleuse*, on ne remarque pas cette adynamie ordinaire aux individus scrofuleux, et surtout parvenus à ce point où l'affection détermine la production d'un grand nombre d'abcès. « Le malade a de l'embonpoint, dit M. Baudelocque (1), beaucoup d'appétit, du sommeil; la santé générale n'est pas dérangée. »

D'après ce que nous venons d'exposer, nous devons distinguer deux états où il y a production d'abcès multiples sans inflammation étendue, et dans lesquels il y a néanmoins viciation du sang par le pus, viciation primitive ou secondaire. L'un de ces états se développe rapidement et avec un appareil de symptômes fébriles rencontré dans le typhus, les fièvres malignes, l'infection purulente, etc.; l'autre se forme lentement, d'une manière chronique, et présente des phénomènes d'adynamie et de faiblesse radicale, comme on le remarque pendant les scrofules, la diathèse purulente. Lorsque

(1) Arch. gén. méd., T. VI, p. 223.

la viciation du sang est rapide, aiguë, primitive ou secondaire, l'ensemble des symptômes a le plus grand rapport avec le typhus ; quand elle a lieu lentement, les symptômes prédominants sont ceux d'une adynamie essentielle et parfois même sans perturbation notable de la santé.

Je me hâte de répondre à une objection que l'on est prêt à me faire, et qui a été déjà adressée à ceux qui défendent les principes que nous avons adoptés. Vous prétendez, me dira-t-on, que l'*état typhoïde* dépend souvent de l'infection purulente ou de la viciation purulente du sang ; et, d'un autre côté, vous reconnaissez que plusieurs sujets n'ont éprouvé aucun trouble à la suite de la résorption du pus amassé dans des bubons non ouverts et dans certains abcès profonds. Ces propositions, que nous adoptons quoique paraissant contraires au premier abord, ne le sont nullement quand on examine les faits sur lesquels elles reposent. Oui, lorsque le sang est largement adultéré par son mélange à une quantité notable de pus, comme à la suite de la phlébite, de la lymphangite, de la résorption d'une forte quantité de pus, les symptômes typhoïdes se manifestent. Cet ensemble de symptômes se développe d'autant plus vite, que la viciation purulente du sang s'opère rapidement et sous l'influence d'une affection aiguë.

Il n'en est plus ainsi quand le pus est mélangé au sang en petite quantité, soit parce que la collection purulente était peu copieuse, soit parce que la viciation du sang se continue lentement, de sorte que l'économie a le temps de neutraliser l'influence défavorable de la présence d'un liquide pathologique dans le sang. Ainsi, nous avons observé des bubons suppurés s'affaisser, et le pus se dissiper lentement sans aucun

trouble pour l'économie ; ainsi s'opère la disparition ou le renouvellement des abcès étendus et profonds qui sont limités par une poche nouvelle, et, dans ces derniers, on remarque souvent de la diarrhée et des selles liquides et puriformes. D'autres auteurs en rapportent des exemples.

Et en vain l'on nous dit que s'il ne survient pas d'accidents, c'est que le pus n'est pas passé en nature, mais a été décomposé en ses éléments, qui eux seuls ont été absorbés. Cette objection pèche par la base, car rien ne démontre que les éléments du pus auraient été pris par les vaisseaux et non le pus lui-même ; et nous avons prouvé, au contraire, que le pus pouvait être résorbé en nature et porté dans le torrent circulatoire, où nous l'avons rencontré après M. Velpeau, etc. D'ailleurs, ce serait retourner simplement la difficulté, puisque les éléments du pus ne sont pas plus nombreux ni moins anormaux que le pus lui-même.

M. Sédillot, qui développe largement l'opinion que nous combattons ici, ne me semble donc pas fondé, même après ses expériences sur les animaux (1). Pour n'avoir pas suffisamment senti la différence fondamentale que nous avons établie entre la présence d'une petite quantité de pus et d'une grande quantité de ce liquide dans le sang, entre la résorption lente et rapide de ce fluide pathologique, MM. Aug. Boyer, Darcet, Bonnet de Lyon, ont été conduits à admettre l'innocuité du pus, soit à cause de sa composition semblable à celle du sang (2), soit parce que des animaux n'avaient pas été troublés de l'infusion d'une certaine quantité de ce liquide pathologique.

(1) De l'infection purulente ou pyogénie, etc., 1849.
(2) Décomp. absorpt. pus ; Gaz. méd., Paris 1837, p. 593.

La distinction que nous établissons, quant aux symptômes de la présence du pus dans le sang, entre la quantité considérable ou légère de pus et de son passage brusque ou lent dans les vaisseaux, est fondée non-seulement sur l'observation clinique directe, mais encore elle forme une loi de l'économie. Lorsque les globules, la fibrine, le sérum ou l'un des principes du sang varient en plus ou en moins dans de faibles proportions, l'équilibre physiologique n'est pas détruit, comme le démontrent les recherches de MM. Andral et Gavarret (1). Mais si la qualité de l'un de ces éléments diffère beaucoup du type normal, un trouble morbide survient, et l'on remarque un état pléthorique, une diathèse séreuse, etc.

Cette tolérance vitale pour les mêmes circonstances perturbatrices, quand elles restent en certaines bornes, se montre pour les causes internes ou externes des maladies, pour les actes morbides et pour les agents thérapeutiques. Les variations de température, les constitutions médicales, les diathèses, les coups, les émotions morales, enfin toutes les conditions morbifiques sont tolérées, non-seulement par suite de la force individuelle diverse, mais encore parce que les causes ont une faible quantité d'action, soit par elles-mêmes, soit par leur peu de durée.

La tolérance des médicaments se montre encore quand les substances les plus dangereuses sont données à petites doses, une fois seulement ou plusieurs fois de suite; tandis que les mêmes remèdes amènent de graves accidents et même la mort, si leur quantité est considérable. Ces conditions de la tolérance des causes morbides ou des médicaments ne sont sans doute pas les seules, et la résistance vitale ou constitutionnelle y entre aussi pour

(1) Mém. sur le sang, Annales du muséum, novembre 1844.

beaucoup ; mais elles ne se présentent pas moins dans la plupart des cas pathologiques, et sont une des lois suivies par l'économie humaine, que nous ne pouvions oublier en parlant de la tolérance du pus absorbé ou existant dans le sang.

Une autre circonstance contribue à rendre grave la présence du pus dans le sang, et à amener l'état typhoïde lorsque le liquide pathologique n'est pas en trop grande quantité : c'est l'altération du pus lui-même. Les anciens avaient remarqué que la disparition du pus et son passage dans le torrent de la circulation n'avaient pas une très-grande influence, quand surtout il n'était pas vicié par son contact avec l'air. Quoique les recherches de Lisfranc, Serre, etc., tendent à prouver que le plus souvent l'air introduit dans les vastes poches purulentes n'amène de fâcheux résultats qu'en déterminant d'abord l'inflammation de la poche purulente, néanmoins le séjour de l'air dans ces foyers entraîne primitivement ou consécutivement l'altération du pus, qui devient grisâtre et fétide; ce que l'on tente d'expliquer par la formation de l'hydro-sulfate d'ammoniaque (1), etc.

Sans admettre donc avec certains auteurs que la présence du pus dans le sang, apporté par l'absorption ou autrement, est innocente dans tous les cas où le pus n'a pas subi d'altération au contact de l'air, nous ne pouvons méconnaître la fâcheuse influence de l'altération du pus, et qu'elle ne soit une condition très-puissante de la triste action d'une petite quantité de ce liquide mélangé au sang, comme les expériences du chirurgien de Lyon le démontrent. A l'aide des recherches cliniques, microscopiques et chimiques, M. Bonnet a admis d'abord ce que nos devanciers avaient reconnu par l'observation

(1) Bonnet, Gaz. méd.; Paris 1837, p. 593.

clinique seule. M. Bonnet a, il est vrai, assuré plus tard n'avoir pas défendu une telle opinion (1), semblable à celle de M. Conté qui admet le développement de l'hydrogène sulfuré en pareilles circonstances, et à celle de MM. Persoz et Dumas qui avaient cru découvrir de l'acide hydrocyanique dans le pus fétide.

« La résorption du pus qui a séjourné et qui s'est dépravé dans la plaie avant que d'être repris par les vaisseaux, dit Hévin, occasionne presque toujours les plus grands désordres. Les plus ordinaires sont la fièvre, les sueurs, les diarrhées colliquatives, les faiblesses, l'amaigrissement, les dépôts (2). » Ce sont là des symptômes typhoïdes de l'infection purulente.

Chapitre troisième.

Causes des abcès multiples et de l'état purulent.

Pour bien apprécier l'influence des causes sur le développement des maladies, il ne faut pas les ranger dans la même catégorie, comme on le fait dans la plupart de nos livres dogmatiques; il convient d'apprécier leur mode d'agir, et alors on n'est pas exposé à répéter à propos de presque toutes les lésions pathologiques l'énumération d'une foule de circonstances *banales,* pour nous servir de l'expression du professeur J. Cloquet. Parmi les nombreuses conditions capables de donner lieu à des abcès soudains, les unes sont de pures occasions ordinairement indifférentes, les autres favorisent la formation de cette sorte d'abcès, d'autres enfin en déterminent la manifestation.

On a bien des fois invoqué le *génie épidémique* pour

(1) *Ibid.*, 1843, p. 285.
(2) Cours de path. et de thérap. chir., T. II, p. 59 et suiv.

expliquer le développement d'un certain nombre de cas de phlébite ou de lymphangite et de leurs effets purulents. Ainsi, quand plusieurs malades d'un même hôpital se sont trouvés atteints d'inflammation purulente des veines saignées, on a rapporté cet accident multiple à l'influence d'une constitution médicale particulière. Nous sommes loin de nier la possibilité de cette étiologie ; mais, d'après ce que nous avons observé, nous nous croyons autorisé à admettre beaucoup d'exagération dans ce que l'on a dit ou publié à cet égard. Parmi bien des motifs sur lesquels il nous serait aisé de nous appuyer, nous signalerons plus volontiers le suivant. Durant notre dernier séjour à Paris en 1847 et 1848, où nous retint pendant six mois un concours pour une chaire de clinique chirurgicale que nous disputions avec de remarquables compétiteurs, nous ne manquâmes pas un seul jour de fréquenter les services des principaux hôpitaux de la Capitale. Il s'offrit à nous plusieurs sujets atteints d'abcès au pli du bras ou de phlébite à la suite de la saignée, d'autres avec des érythèmes ou des érysipèles autour des parties soumises naguère à des opérations. Certaines de ces personnes finirent par succomber à ces accidents, et l'on invoquait, pour en rendre compte, l'existence d'une constitution médicale. Un chirurgien justement célèbre crut même nécessaire de suspendre toute tentative opératoire pendant le règne de ce génie malfaisant. Je suis persuadé que plus d'une observation a été rédigée et publiée d'après cette idée.

Cependant l'examen sévère des faits nous permit de rapporter la source de ces accidents prétendus épidémiques à une cause matérielle et très-facile à reconnaître : je veux dire le sparadrap. Dans les hôpitaux de Paris, on recouvre ordinairement la plaie de la saignée d'un

morceau de diachylon; pour rapprocher les lèvres des plaies après les amputations ou la plupart des autres opérations, on se sert de force bandelettes du même emplâtre. La composition et la couleur du sparadrap employé dans les hôpitaux de la Capitale ne sont pas celles du diachylon répandu dans le Midi de la France; aussi le premier est-il très-irritant et l'une des causes principales des irritations, des inflammations dont nous venons de parler. A propos de l'un de ses amputés, le docteur Laborie écrit: « Nous n'avons pas employé de bandelettes parce qu'elles sont irritantes et peuvent donner lieu au développement de l'érysipèle (1). » Signalant l'emplâtre agglutinatif de Bavière et le comparant au sparadrap usité à Paris, le docteur Debout écrit : « Malheureusement on est forcé d'y renoncer le plus souvent, à cause de l'irritation de la peau qui presque toujours suit l'emploi de ce moyen. Nous croyons répondre à un besoin en publiant une formule généralement suivie dans la province de Liége... Il ne produit jamais ni érysipèle ni efflorescence de la peau, qu'il a la propriété d'entretenir dans un état favorable de douceur et de souplesse (2). » Ce que le rédacteur raconte d'après ses observations sur les hôpitaux de la Capitale, nous l'avons maintes fois observé nous-même. Nous avons vu, sur la poitrine de femmes opérées de cancer au sein par les professeurs Blandin et Velpeau, la trace exacte et prononcée des lanières du sparadrap mis en usage, et qui fut l'origine manifeste de l'érythème et de l'érysipèle qui ne contribuèrent pas peu aux fâcheux résultats d'opérations d'ailleurs bien instituées.

Nous ne parlerons pas des causes occasionnelles, parce

(1) Gaz. méd.; Paris 1843, p. 127.
(2) Bullet. thér., 1848, T. II, p. 258.

que, étant communes à presque toutes les maladies, elles ne méritent pas d'être regardées comme causes véritables d'aucune d'elles. Il n'en est pas de même des conditions prédisposantes, car elles ont une influence ordinairement appréciable. Les conditions de ce dernier ordre ne sont pas d'ailleurs propres à toutes les espèces d'abcès soudains dont nous avons parlé, pas plus que les causes déterminantes n'engendrent toutes ces espèces de collections purulentes. L'influence prolongée d'une atmosphère froide et humide, les excès de travail physique, le manque de nourriture convenable, enfin les diverses circonstances de la misère sont favorables à la production soit de l'affection scrofuleuse, soit de l'adynamie radicale. Lorsque les mêmes causes débilitantes persistent après la formation de ces états morbides, elles amènent de plus en plus la viciation du sang et le développement des abcès multiples.

La jeunesse, le tempérament lymphatique, la faiblesse native de la constitution, sont encore des conditions favorables à l'apparition des affections pathologiques sous l'empire desquelles les abcès soudains se forment. Souvent d'autres conditions entraînent la production des abcès que nous avons appelés par éréthisme sanguin. La pléthore sanguine et tout ce qui tend à augmenter la richesse du sang, donne lieu à la formation de l'état inflammatoire et du pus en grande quantité : quant à la résorption purulente, on a remarqué qu'une diète sévère appelait ce résultat.

Malgré toutes ces circonstances, quelque propices qu'elles puissent paraître à la formation du pus, la présence de ce liquide dans le sang serait ordinairement sans effet, si des causes plus puissantes ne déterminaient la purulence. Ces causes efficientes sont les affections mor-

bides dont nous avons déjà parlé, et qui modifient l'économie de manière à la rendre apte à fournir du pus et à le déposer en plusieurs parties du corps : telles sont les lésions scrofuleuses, rhumatismales, la diathèse purulente, les fièvres exanthématiques, la résorption purulente, la morve, le farcin, et quelques autres affections morbides qui portent une atteinte profonde dans tout l'organisme, et surtout dans le sang, la lymphe ou le chyle.

Nous avons suffisamment montré que les abcès soudains pouvaient être la suite de ces diverses lésions pathologiques, pour n'avoir pas besoin d'y revenir en ce moment; toutefois, nous avons reconnu aussi qu'en tous les cas ces affections morbides, ou sources déterminantes de la purulence, ne donnaient pas lieu à l'apparition de nombreuses collections de pus. Ce n'est pas pourtant une raison d'admettre que ces maladies ne sont pas les causes véritables des abcès soudains, car en médecine rien n'est absolu, rien n'est mathématique; et les mêmes effets ne se présentent pas toujours et nécessairement quand leurs sources ordinaires se manifestent. Il faut bien, en effet, distinguer le mode d'action des causes pathologiques d'avec celui des causes du monde physique. Ici, tout est fortement lié aux mêmes lois et à la même nécessité; tous les corps qui remplissent le rôle de causes ou de sujets sont dominés par les lois générales de la matière, et par ces lois seulement. Dans l'homme, il en est tout autrement; et qu'il soit, à son tour, soumis aux lois de l'univers, il possède en lui une activité, une force qui ne résultent pas rigoureusement des propriétés de la matière. Il s'ensuit de là qu'il doit exister une plus grande variabilité entre les causes et les effets : ce qui nous oblige à distinguer dans la pathologie des causes de plusieurs ordres (occasionnelles, prédisposantes ou

déterminantes), tandis que dans le monde physique on ne reconnaît généralement qu'un seul ordre de causes (efficientes).

En appliquant ces principes rigoureux de philosophie médicale aux causes des abcès soudains, nous voyons que les scrofules, l'inflammation, la diathèse purulente, les exanthèmes, etc., tout en étant souvent l'origine des collections nombreuses de pus, ne doivent pas toujours les produire. Plusieurs circonstances semblent favoriser la formation des abcès soudains chez les sujets atteints d'ailleurs des affections morbides qui en sont les véritables sources. Ainsi, l'état cachectique ou d'appauvrissement des individus en proie aux scrofules, à la faiblesse radicale ; la violence d'une fièvre inflammatoire ou une inflammation capillaire, d'un rhumatisme inflammatoire et développé sur plusieurs articulations à la fois, sont des circonstances souvent réunies chez les malades atteints d'abcès soudains.

Avouons toutefois que la vraie raison de la purulence nous échappe ; que nous saisissons seulement certaines conditions nécessaires à sa production, telles que les affections morbides, les circonstances favorables, le changement du sang en pus, la résorption purulente. L'esprit humain ne saurait aller plus loin, non-seulement à l'égard du sujet qui nous occupe, mais encore de tous les sujets pathologiques : pénétrer la nature des choses n'est pas donné à notre intelligence ; contentons-nous donc d'avoir constaté les conditions favorables à la formation des abcès soudains, leur mécanisme apparent, la plupart des points de leur histoire, et tâchons de mettre ces notions à profit dans la partie thérapeutique qui nous reste à tracer.

D'après les faits et les remarques exposés précédem-

ment, il est inutile de beaucoup insister sur la gravité de la plupart des cas d'abcès multiples. La nature des affections morbides dont ils dépendent, la résorption ou l'infection purulente, enfin les difficultés d'en triompher déterminent trop bien leur fâcheux pronostic. L'expérience clinique enseigne cependant la possibilité de guérir les personnes atteintes surtout d'état adynamique et celles où l'état aigu est combattu promptement : nous signalerons plus loin les espérances rationnelles dans les circonstances actuelles de la thérapeutique. Les annales de l'art nous donnent des exemples propres à diminuer la triste opinion généralement répandue sur les chances de guérison. M. le professeur Sédillot a eu la louable attention de rassembler dans son livre un certain nombre de faits heureux sous ce rapport. On y lit la guérison de pyoémies chroniques survenues à la suite de phlébite du cou, du bras ; d'abcès thoraciques, d'amputations de l'avant-bras, de la jambe ; d'arthrites, de plaies du pied, etc. (1). A ces faits, dignes de l'attention des praticiens, nous pourrions en joindre d'autres dont nous avons pu suivre les conditions à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi :

Obs. 20e. — Arthaud (Charles), âgé de 32 ans, d'un tempérament sanguin, vint le 24 décembre 1856, aux vénériens, pour s'y faire traiter d'une violente blennorrhagie et de chancres à la verge. Pendant la route, il fut saisi d'une pneumonie intense pour laquelle je lui pratiquai une copieuse saignée du bras : cet homme est transporté au service des fiévreux, où il s'est guéri de sa pneumonie. Rentré aux vénériens, cet homme est saigné à la veine médiane basilique du bras droit. Quelques jours après, il est pris de phénomènes cérébraux, de convulsions dont les membres supérieurs sont vigoureusement agités.

(1) Ouv. cit., p. 30-36, etc.

Le pli du bras droit devient engorgé, douloureux, et les phénomènes inflammatoires ne sont point domptés par l'action de 50 sangsues au-dessus de la piqûre. Cette dernière est ouverte, à bords renversés; l'avant-bras est dans une flexion forcée sur le bras qui est le siége d'un engorgement marqué, mais plutôt œdémateux qu'inflammatoire, parcouru par des lignes sinueuses; le pouls est petit et dépressible; il existe de la toux, de la douleur dans les articulations.

13 février. On a pratiqué sur le membre 33 frictions, chacune avec 1 gros d'onguent mercuriel au tiers, et tous les symptômes ont disparu en 48 heures.

15 février. On a suspendu les frictions, et de nouveau tous les symptômes fâcheux ont reparu.

18 février. La figure est abattue, amaigrie, les pommettes saillantes et injectées, le teint de la peau ictérique, les yeux mornes, le pouls dépressible mais assez vite, le thorax douloureux et la respiration gênée; la percussion donne un son mat, ce qui fait craindre quelques complications graves des poumons, peut-être des abcès multiples et limités de ces organes. On a repris les frictions depuis hier, et l'on en a fait dix. Ce matin, le malade est mieux, mais néanmoins son état est toujours inquiétant. (2 vésicatoires sur le thorax, plus un looch avec 1/4 grain cyanure de potassium, lavement.)

20 février. Le malade est mieux, les pommettes ne sont pas colorées, le teint est moins jaune, les yeux plus brillants, le pouls plus plein, la respiration plus libre, le bras moins tuméfié : il n'est sorti de pus ni par la piqûre faite à la veine, ni par la plaie suite du débridement.

23 février. Le sommeil est bon, la respiration libre, les pommettes peu colorées, le pouls normal, le bras

insensible, le pli du bras pourvu d'une corde très-forte sur le trajet de la basilique ; l'avant-bras et la main sont infiltrés. (Bouillon, riz.)

1er mars. Le malade se promène daus les salles. (Demi-quart.) — 10 mars. Ce militaire est complètement rétabli et quitte l'hôpital.

A ce fait remarquable il nous semble permis de joindre celui que nous avons observé au mois de janvier 1848 dans le service du professeur Velpeau. Il s'agissait d'un homme adulte qui éprouva les symptômes de l'inflammation de la saphène, des lymphatiques voisins et de l'infection purulente à la suite d'une contusion de la partie interne de la jambe gauche, où se trouvait un petit phlegmon depuis huit jours. Quoique cet homme ne fût pas entièrement rétabli quand nous avons quitté Paris, il se trouvait alors dans un état assez satisfaisant pour faire prévoir sa guérison.

Chapitre quatrième.

Traitement des abcès multiples et de l'état purulent.

Bien que nous ayons à nous occuper spécialement des abcès soudains et non directement des affections diverses que nous venons de voir en être la source fréquente, cependant nous ne saurions passer sous silence le traitement convenable à ces dernières lésions : combattre les causes morbides, surtout quand elles sont internes, c'est s'attaquer à l'origine du mal, en tarir la source ; c'est simplifier l'état pathologique ; c'est, enfin, faire de la thérapeutique rationnelle. Si l'on néglige l'indication offerte par la source des abcès soudains, en vain l'on emploiera les moyens les plus convenables contre ces collections purulentes ; celles-ci disparaîtront très-diffici-

lement et se reproduiront en différentes parties du corps de manière à désespérer le praticien. Tel fut le cas rapporté par Lamothe, où l'on finit par abandonner l'ouverture et la curation des abcès multipliés dont le malade était atteint, parce que les ressources locales étaient infructueuses, et l'on se restreignit dans l'emploi des agents propres à modifier l'affection scrofuleuse dont les abcès soudains provenaient.

Il y a une grande différence entre les abcès isolés et uniques, et les abcès dont nous nous occupons : ceux-ci dépendent toujours d'un mode vicieux de l'économie entière, tandis que ceux-là résultent ordinairement d'une lésion locale. La thérapeutique des abcès soudains doit donc s'attaquer principalement à l'affection pathologique de l'organisme entier ; car, cette indication remplie avec bonheur, les collections purulentes disparaîtront facilement par les secours de l'art, et, cette médication négligée, les topiques seront communément inutiles. Efforçons-nous donc de tracer la méthode convenable au traitement des affections morbides qui sont les sources des abcès soudains ; nous parlerons ensuite des moyens spécialement applicables à ces derniers.

Lorsque des abcès multipliés se produisent sous l'influence d'un état inflammatoire, soit simple, soit associé au rhumatisme appelé alors inflammatoire, les remèdes débilitants, et surtout les *émissions sanguines*, méritent d'être employés avec empressement. Les déplétions sanguines diminuent la richesse du sang, sa plasticité, son état inflammatoire, qui détermine la transformation de ses globules en ceux du pus ; elles abattent l'éréthisme sanguin et l'excitation fébrile si favorable à la prédominance de la plasticité du sang. Si les saignées générales conviennent, elles ne doivent pas cependant être portées au-

delà des bornes d'une sage pratique, que le tact médical dirige mieux que les préceptes tracés dans nos livres dogmatiques. L'état du sang surchargé d'une couenne fibrineuse dont l'épaisseur peut s'élever à un ou plusieurs millimètres, comme Huxham l'a remarqué chez des rhumatisants (1), sert généralement à indiquer de nouvelles émissions sanguines.

Nous ne prétendons pas soutenir que la présence de la couenne soit l'indice constant d'un état inflammatoire et indique toujours la saignée, ainsi que M. Rayer l'admet. Leclerc s'est élevé, avec juste raison, contre cette dernière manière de voir (2) ; Lamure et M. Gendrin ont prouvé que la forme du vase, le jet du sang influent beaucoup sur la couenne (3) ; enfin, MM. les professeurs Andral et Gavarret ont démontré cette couenne dans les maladies anémiques et dans la chlorose (4). Malgré l'énergie et l'action spéciale de ce moyen, le rhumatisme peut être tellement intense, que de nouvelles articulations sont envahies par la phlogose, et que de nouvelles collections purulentes se forment. Tel fut l'exemple d'un porte-faix dont nous avons parlé, qui succomba en peu de jours à un rhumatisme violemment inflammatoire avec amas du pus en plusieurs parties du corps, malgré les saignées générales répétées qui furent pratiquées.

Si nous en jugeons par l'effet que nous avons observé dans plusieurs cas de violente inflammation rhumatismale ou traumatique des articulations et d'autres régions de l'organisme, nous aurions beaucoup plus de confiance dans les *contro-stimulants*. Nous avons vu administrer avec

(1) Essai sur les fièvres, p. 45.
(2) Histoire natur. homm. mal., T. I, p. 390.
(3) Hist. anat. inflam., T. I.
(4) Mém. sur altérat. sang, Annal. Muséum.

succès le *tartre stibié* à haute dose contre le rhumatisme aigu et inflammatoire, contre les blessures articulaires: cet agent thérapeutique déprime rapidement les forces de l'économie, abat l'éréthisme sanguin, prévient ou diminue la suppuration. Après avoir employé les émissions sanguines répétées pendant plusieurs jours, si nous observions un accroissement rapide de symptômes, une tendance déjà effectuée et manifestée à la production du pus, nous ne balancerions pas à donner de l'émétique ou un autre remède dont nous allons parler.

Il nous est arrivé plusieurs fois, dans le traitement des pneumonies, des rhumatismes ou d'autres maladies vivement inflammatoires contre lesquelles les émissions sanguines avaient été ou non employées sans résultat satisfaisant, d'avoir recours à l'*ipécacuanha* à hautes doses. Ainsi, nous administrions la racine de ce cœphelis en infusion à la dose de 2, 5, 10 grammes par jour, que l'on faisait prendre par cuillerées chaque demi-heure. L'on ne saurait croire combien ce médicament est propre à dompter rapidement l'élan inflammatoire. Il a, du reste, de grands avantages sur le tartre stibié : il n'est pas aussi désagréable à prendre, et le malade ne refuse pas d'en continuer l'usage, comme nous l'avons vu fréquemment pour l'émétique; il n'amène pas une prostration aussi radicale que le tartre stibié, et abat la fièvre pendant le temps nécessaire pour arrêter l'élan inflammatoire. Ainsi, à la suite de l'administration de l'émétique à hautes doses, nous avons vu des jeunes gens robustes présenter l'aspect cassé des vieillards décrépits et se rétablir avec la plus grande difficulté, tandis que l'emploi de l'infusion d'ipécacuanha n'entraîne point ces fâcheuses conséquences.

Le traitement des affections inflammatoires nous conduit à celui de la phlébite et de la lymphangite. Si vous

avez à faire une opération sous l'influence d'une constitution médicale inflammatoire, à une époque où des maladies inflammatoires se montrent d'une manière épidémique; s'il existe déjà des plaies dans des régions pourvues de beaucoup de veines ou de grosses veines, pratiquez avec exactitude la réunion immédiate, afin de diminuer autant que possible les causes de l'inflammation ; pratiquez cette adhésion primitive, ne serait-ce que pour prévenir la production d'une certaine quantité de pus, son séjour dans la plaie et sa résorption.

Dans le but d'arrêter les progrès de la phlébite commençante, on a beaucoup vanté les applications de sangsues autour de la veine enflammée, et nous avons pu triompher, dans des cas de cette espèce, par ces moyens thérapeutiques. Nous partageons l'opinion du professeur Velpeau (1) qui rejette les saignées générales, car nous avons rencontré plusieurs sujets déjà atteints de phlébite qui manifestaient la plus grande disposition à éprouver d'autres lésions semblables en des points différents.

Après les émissions sanguines locales, nous proposons les *frictions mercurielles* à haute dose, qui ont procuré des résultats avantageux. L'on voit même, dans l'une de nos observations précédemment mentionnées, un exemple remarquable des bons effets de ces frictions, dont M. le docteur Serre, d'Alais, a surtout vanté les vertus antiphlogistiques. Le professeur Serre a aussi constaté la puissance de cet agent curateur. Les mêmes remèdes sont applicables à la lymphangite toutes les fois que cette lésion est superficielle ou sur les parties extérieures du tronc.

Nous avons déjà rapporté plusieurs faits de phlébite, de

(1) Phlébites, métro-péritonites, lymphangites, utérites, etc.
(2) Revue méd. 1826, T. II, p. 400.

lymphangite et de phlegmasie puerpérale, où les frictions mercurielles à hautes doses nous ont procuré des succès remarquables; nous devons dire cependant que plusieurs sujets s'y sont montrés réfractaires. Ainsi, M. P., homme nerveux, atteint d'inflammation de la saphène interne droite, n'a pu tolérer l'application des frictions mercurielles qui augmentaient la fluxion et les souffrances (1): chez ce malade, la guérison s'opéra à la faveur de la réplétion de la veine phlogosée par des concrétions fibrineuses. Mais, en compulsant nos observations, nous y retrouvons plusieurs faits en faveur de l'heureuse influence des frictions mercurielles. L'un a rapport à une jeune fille qui, après l'ouverture de la veine médiane basilique faite le 12 janvier 1837, fut bientôt saisie de tous les symptômes de phlébite: les applications de sangsues d'abord, de la pommade mercurielle ensuite, conjurèrent l'orage et permirent à cette personne de quitter l'Hôtel-Dieu le 6 février suivant. Nous avons précédemment rapporté plusieurs autres faits plus remarquables encore.

Mais l'inflammation des veines ou des lymphatiques n'offrirait pas autant de danger si la sécrétion du pus n'en était le résultat; si le pus, en se mêlant avec le sang, ne viciait profondément ou abondamment ce liquide nutritif, et n'allait produire des abcès soudains fort au loin. L'infection purulente est, en effet, l'accident le plus grave de ces maladies, et nous pouvons l'assimiler, au point de vue thérapeutique, à la résorption du pus. Afin de diminuer les voies de l'infection pour en séquestrer la source, on a proposé divers moyens qui s'adressent aux vaisseaux; en même temps on a eu recours à des médicaments considérés comme susceptibles de combattre la viciation purulente du sang, ou d'en pallier la fâcheuse

(1) Chirurg. conservat., p. 123.

influence. Les premiers de ces remèdes consistent à isoler la portion enflammée du vaisseau, de celle que la phlogose n'a pas encore envahie, Pour cet effet, Hunter, Reil et Abernethy ont proposé de comprimer la veine au-dessus du lieu enflammé : ce moyen a été rejeté par MM. Bouillaud et Marjolin.

Le professeur Breschet conseille la *section de la veine* du côté du cœur, opération qui pourrait avoir les mêmes inconvénients que la ligature proposée par certains auteurs, c'est-à-dire l'extension de la phlogose. Theden employa avec succès un bandage compressif, moyen que le professeur Velpeau applique à la phlébite survenue après les opérations chirurgicales.

MM. Bonnet (1) et Sédillot ont employé la cautérisation à l'aide des caustiques ou du fer rouge sur les veines et les lymphatiques enflammés, afin d'arrêter les progrès de ces maladies, l'infection purulente et leurs terribles conséquences. Nous avouons n'avoir pas été converti au sentiment si habilement défendu par ces praticiens distingués. Les résultats thérapeutiques sur lesquels ils se fondent ne nous semblent pas très-probants, et la phlébite ou la lymphangite sont ordinairement trop diffuses pour espérer de grands effets de la cautérisation, surtout pour arrêter la marche du sang purulent.

Nous n'aurions jamais pensé que, pour prévenir l'infection purulente, on pût proposer d'amputer les membres atteints de phlébite ou de lymphangite : c'est cependant ce qui vient d'être exécuté récemment. La troisième observation de l'ouvrage de M. Sédillot (1) nous paraît un exemple manifeste d'une amputation pratiquée contre les lois rationnelles des indications

(1) Gazet. méd., Paris 1843, p. 252

thérapeutiques : il s'agissait d'un militaire affligé d'une tumeur blanche du coude gauche, plusieurs mois après compliquée de tous les symptômes de l'infection purulente. Aussi ce malheureux succomba le lendemain du jour de l'opération, et l'autopsie montra la veine basilique altérée jusqu'à l'aisselle, un énorme abcès au sommet, de nombreux abcès à la base du poumon gauche, qui est complètement hépatisé. Evidemment ces désordres pulmonaires étaient des motifs contre-indiquant toute amputation.

Le fait suivant, tiré de l'ouvrage dont nous parlons, ressemble au précédent, seulement la tumeur blanche siégeait au coude-pied. Le jour où l'habile professeur se décida à amputer la jambe, son malade offrait les signes d'altérations splanchniques fort étendues, qui auraient dû lui faire rejeter cette opération irrationnelle. Aussi, trois jours après, ce malheureux sujet avait cessé de vivre, et l'autopsie découvrait le péricarde et la plèvre gauche remplis de sérosité rougeâtre, la plèvre droite pourvue de pus et de fausses membranes, le poumon gauche induré en plusieurs points, contenant deux abcès considérables et d'autres petits abcès autour, le poumon droit altéré en bien des points.

En présence de pareils résultats, on reste confondu quand on voit l'auteur émettre la conclusion suivante : « Ne serait-il pas rationnel quelquefois de recourir à l'amputation comme remède à des pyoémies réfractaires et jugées incurables par aucun autre moyen? On s'effraie de cette idée comme de tout inconnu, mais on finira par l'adopter, et je n'hésiterais pas à le faire si l'indication m'en était offerte. »

Au lieu de cette thérapeutique peu louable, il faut combattre la phlogose locale et la phlébite par les réfri-

gérants, les frictions mercurielles, qui permettent d'en triompher fort souvent. Si ces moyens sont impuissants, déjà le pus s'est propagé dans les organes splanchniques. La phlébite a-t-elle borné ses effets aux membres, l'amputation ne saurait être invoquée. A-t-elle propagé la phlogose et le pus au tronc : l'opération est contre-indiquée. « Jugera-t-on que ces formidables phénomènes de résorption purulente, dit avec raison M. Laugier (1), appellent l'amputation consécutive de la première période? Mais alors il serait superflu et cruel d'amputer! » D'ailleurs, quand vous opérez, qui vous assure que l'inflammation ne s'est pas propagée au-dessus du lieu où le couteau doit être porté; et, par suite, quel bénéfice décisif pouvez-vous en retirer?

La conduite que nous blâmons vient d'être malheureusement imitée récemment. Une jeune fille fait une chute dans Paris; on juge convenable de lui pratiquer une saignée du bras; bientôt il survient une phlébite, infection purulente et ses suites; on n'hésite pas à pratiquer l'amputation du membre! Inutile d'ajouter que la mort ne tarde pas à emporter la pauvre victime (2). Le professeur Seutin vient de suivre cet exemple chez un homme atteint d'un érysipèle gangréneux du bras, ou plutôt d'une phlébite qui détermina les phénomènes de la résorption purulente. Lorsque la désarticulation du bras fut pratiquée, « le malade ressentit à peine quelque douleur, tant la stupeur était forte : il n'avait pas été soumis à l'inhalation du chloroforme (3). Inutile d'ajouter que la mort survint peu de jours après.

L'habile professeur de Bruxelles nous fournit encore

(1) Bull. chirurg., T. I, p. 77, 1840.
(2) Estafette, 12 octobre 1851.
(3) Presse médicale; Bruxelles 1851, p. 335.

à ce sujet un autre fait tout aussi déplorable (1). Un homme est atteint d'une plaie pénétrante de l'articulation du genou ; il survient une inflammation phlegmoneuse, une phlébite et *les symptômes non équivoques de résorption purulente.* Deux jours après, on pratique l'amputation de la cuisse ; on fait même la ligature des veines dans l'espoir de mettre un obstacle à l'absorption du pus, puis on cautérise toute la surface de la plaie au moyen d'une solution de potasse caustique. Le malade succombe le troisième jour dans les mêmes symptômes de purulence. A l'autopsie, on trouve la veine fémorale remplie de pus sanguinolent et de pseudo-membranes, les deux plèvres contenant des collections purulentes, etc.

Le professeur H. Bérard soutient que l'amputation peut réussir quand le sujet est affecté d'infection putride et non purulente. « S'il y a eu phlébite avec suppuration, s'il y a infection purulente, dit-il (2), l'amputation ne fera que hâter la mort du malade : c'est une douleur inutile infligée au malheureux blessé. S'il n'y a au contraire qu'infection putride, l'amputation sera pratiquée dans des circonstances favorables à la réussite. » Cette distinction ne nous paraît pas encore assez bien prouvée pour servir de base à l'indication si grave de l'amputation en pareil cas ; toutefois nous reconnaissons, comme nous l'avons établi précédemment, que cette remarque clinique repose sur des faits imposants que probablement l'avenir confirmera. Piqûre d'épingle imprégnée de matière septique ; gangrène sèche du doigt indicateur précédée des phénomènes généraux de l'intoxication ; désarticulation, guérison : tel est le résumé d'une observation

(1) Presse médicale, 1851, p. 327.
(2) Diction. en 30 vol, art. *Pus*, p. 496.

publiée par M. Jobert (1) ; les deux autres cas relatés dans le même mémoire sont semblables.

L'examen de la phlébite rappelle la lymphangite qui détermine souvent des désordres analogues. Lorsque cette phlogose vasculaire a produit une suppuration étendue, peut-elle commander l'amputation ? Peut-il se montrer des cas où cette indication serait plausible, si les altérations *très-profondes* se bornaient à *une partie* d'un membre, vu que la lymphangite se limite moins rarement que la phlébite, notamment à la faveur des ganglions lymphatiques ? Nous ne pouvons émettre une négation exclusive que l'observation ne nous a pas permis encore de formuler.

Mais certainement nous ne saurions approuver la conduite récemment tenue par M. le docteur J. Roux. Un malade est en proie à une lymphangite profonde avec épuisement extrême, et cet habile chirurgien n'hésite pas à pratiquer la désarticulation coxo-fémorale ! La lymphangite a ordinairement des limites très-vagues ; elle se propage rapidement vers le tronc, détermine l'infection purulente, source principale de l'adynamie dont il s'agit. Et c'est en des conditions pareilles que l'on conseille sérieusement la désarticulation de la hanche ! Le malheureux sujet succomba, il est vrai, peu de jours après, ce qui n'a rien d'étonnant ; mais ce qui complique l'étrangeté de cette conduite thérapeutique, c'est la conclusion où l'auteur affirme que son opération est justifiée par l'autopsie (2) !

En supposant que les remèdes dont nous venons de parler aient arrêté les progrès de la phlogose veineuse ou lymphatique, il reste encore l'infection purulente ou

(1) Bullet. thérap., 1848, p. 36.
(2) Gaz. méd., Paris, juin 1849.

la présence du pus dans le sang. Contre un pareil état morbide, que l'on peut assimiler à celui qui résulte de la résorption purulente, on a proposé divers moyens thérapeutiques dont nous devons nous occuper, attendu que la purulence du sang est la source de plusieurs cas d'abcès multiples. Dans un fait de phlébite abdominale avec amas multiple de pus dans les articulations, le professeur Rostan employa des frictions mercurielles sur l'abdomen, ainsi que les *épispastiques* sur les membres (1): en ce cas, la mort survint assez long-temps après. Dans deux autres faits semblables tirés de la pratique du même médecin, les frictions mercurielles triomphèrent de la phlébite et de ses conséquences directes, et les deux malades succombèrent beaucoup plus tard à d'autres accidents.

Nous avons cité, en commençant ce travail, une observation où le même moyen eut un résultat analogue, lorsqu'il existait une collection multiple de pus, suite d'une phlébite des plus graves; nous ne pouvons douter que la guérison ne se fût achevée, et que le sujet n'eût repris sa santé première, si des excès de régime n'avaient déterminé les accidents mortels après le second mois de traitement heureux dirigé contre la phlébite, l'infection purulente et les amas multiples de pus.

Nous avons beaucoup parlé du mémoire intéressant de M. le docteur Teissier. Après une longue discussion contre les idées émises de nos jours touchant la phlébite, la lymphangite, la résorption et l'infection purulentes, on aurait dû s'attendre à voir découler des principes thérapeutiques de tout ce travail; cependant grand a été notre étonnement, lorsqu'à la fin de ce mémoire, nous avons lu quelques remarques hygiéniques, et pour toute déduction thérapeutique la phrase suivante :

(1) Arch. gén. méd., T. XI, 2e série, p. 65.

« Tel n'a point été le but que je me suis proposé. J'ai posé quelques principes dont chaque praticien saura faire l'application qu'il jugera convenable. Tout le monde, d'ailleurs, connaît les divers traitements qui ont été préconisés, depuis la saignée jusqu'à l'émétique et les frictions mercurielles à haute dose (1). » La pratique médicale n'est donc redevable d'aucun progrès à ce long travail : efforçons-nous d'éviter cette stérilité thérapeutique.

Nous venons de montrer par des faits les avantages incontestables des frictions mercurielles largement employées contre la viciation purulente du sang, alors qu'il existe déjà de nombreuses collections de pus en diverses parties du corps. Ce moyen nous paraît doublement indiqué en des cas où l'on doit combattre non-seulement la présence du pus dans le sang, mais encore l'inflammation des veines, l'éréthisme sanguin que provoque l'existence d'un liquide pathologique dans le torrent circulatoire, et l'irritation que le pus détermine au sein des parties nombreuses où il s'établit rapidement; aussi n'avons-nous pas été étonné d'apprendre les heureux effets des frictions mercurielles contre la phlegmasie des nouvelles accouchées (2).

Avec l'un de mes confrères, le docteur A. Lafosse, j'eus à traiter, en mars 1849, Mme. B........, récemment accouchée et en proie à tous les symptômes de l'œdème des femmes en couches et d'une métro-péritonite. Déjà l'emploi des sangsues, des cataplasmes, des laxatifs, d'un régime sévère, avait échoué, et l'examen de la fosse iliaque gauche me donnait l'assurance de l'existence d'une inflammation phlegmoneuse, quand je conseillai

(1) Journal *l'Expérience*, T. II, p. 320.
(2) Dict. méd. en 30 vol., T. XXIV, p. 261.

l'application de l'onguent napolitain double en frictions plusieurs fois répétées sur les différentes parties lésées. Il survint, il est vrai, une salivation abondante et prolongée ; mais la guérison eut lieu malgré l'état très-grave dans lequel je trouvai cette femme (1).

Dans le *Bulletin de thérapeutique*, on lit des faits en faveur du *tartre stibié* contre la résorption ou l'infection purulente. Laennec, Sanson, le professeur Lallemand et quelques autres praticiens ont eu à se louer des effets de ces médicaments ; nous avouons y accorder beaucoup moins de puissance qu'à celui dont nous venons de parler : les cas dont nous avons été témoin ne nous donnent pas grande confiance dans l'action de l'émétique à hautes doses. Dans les observations de phlébite publiées par MM. Rostan, Velpeau, Blandin, Bérard, etc., nous voyons souvent les vésicatoires, les sudorifiques, les diurétiques mis en usage, et nous concevons que ces agents thérapeutiques puissent être d'un grand secours concurremment avec les moyens précédents. La nature nous offre parfois des mouvements critiques : imiter les actes spontanés de l'organisme, c'est ordinairement suivre la voie la plus avantageuse.

Aussi accordons-nous une certaine valeur aux *purgatifs* préconisés selon les conseils du professeur Velpeau, parce que certains efforts critiques s'opèrent par les selles. Meibomius a démontré, par plusieurs exemples (2), que l'excrétion de la matière purulente par les urines ou par les selles dissipe les abcès internes, quelle que soit la partie du corps qu'ils occupent. Toutefois il convient de ne pas trop répéter l'administration de ces remèdes, et nos devanciers, qui n'hésitaient pas à l'égard des éva-

(1) Chirur. conservat., Montp., 1850, p. 124.
(2) Des abcès intern. nat. et const.; 1718, p. 10 et 11.

cuants, en avaient reconnu les abus. « Mais il faut user de ces remèdes avec prudence, dit Hévin (1), surtout s'ils sont un peu actifs ; car, si le flux de ventre ne dépendait que de la résorption du pus, la fonte qu'il produit dans les humeurs rendrait l'effet des purgatifs fort avantageux, à cause des évacuations excessives qu'ils procureraient. »

Mais la présence du pus dans le sang provient souvent d'une faiblesse radicale qui accompagne toujours les scrofules qui sont parfois la source d'abcès soudains, de sorte que l'on doit combattre une faiblesse profonde de l'économie entière comme condition essentielle de la transformation du sang en pus, soit dans le torrent circulatoire (diathèse purulente), soit dans certaines parties du corps seulement (scrofules). On conçoit ainsi pourquoi les toniques ont reçu tant d'éloges de beaucoup de médecins ; comment, dans les scrofules, la diathèse purulente, et dans tous les cas où il existe une grande faiblesse en même temps que de nombreux amas purulents, les frictions avec la teinture de quinquina, le vin de quinquina ou de gentiane, les préparations ferrugineuses ont eu de grands avantages.

A propos d'un des malades atteints d'abcès multiples et dont Lamothe nous donne l'histoire (2), Sabatier ajoute : « Ne pouvait-on pas lui prescrire des remèdes internes avec quelque espérance de succès ? Il me semble qu'on aurait dû tenter les bains, les mercuriaux, les anti-scorbutiques, l'usage du lait, celui des nourritures végétales; qu'il aurait été utile de lui ouvrir un ou deux cautères. » Tels sont aussi les moyens qui, en général, sont applicables aux purulences affectives provenant de

(1) Cours de pathol. thérap., T. II, p. 60.
(2) Traité de chir., T. I, p. 370.

la diathèse purulente, des scrofules ou de toute autre affection adynamique. Du reste, l'action ordinaire des amers, des ferrugineux, en indique l'usage contre ces sortes d'états morbides amenés communément par les diverses conditions de la misère et par toutes les causes débilitantes. A ces médicaments on peut joindre encore l'administration des préparations iodées qui ont parfois agi avantageusement dans les cas d'abcès soudains et scrofuleux dont M. Baudelocque a donné l'histoire (1); on sait combien M. Lugol a publié de succès de l'emploi des préparations d'iode par différentes voies.

Toutefois nous devons mentionner ici ce que nous exposons avec détail dans un autre ouvrage, que les préparations iodées ne nous ont point procuré les résultats merveilleux que certains praticiens se plaisent à leur accorder : en voici une preuve parmi cent pareilles.

Obs. 21e. — Diathèse purulente ; abcès multiples ; injections iodées, vésicatoires, collodion, etc. : guérison.

(Obs. de M. P. Vincent, aide d'anatomie de la Faculté.)

Hippolyte, bourrelier, âge de 23 ans, né à St-Pierre des-Champs (Aude), entre le 31 mars 1851 à l'Hôtel-Dieu Saint-Eloi. Le 1er juillet, c'est-à-dire deux mois après son entrée à l'hôpital, ce malade a été livré à mon observation. Ses parents existent encore et jouissent d'une excellente santé ; lui-même s'est bien porté jusqu'à l'âge de 18 ans. Il y a cinq ans, en traversant un cours d'eau froide, il se trouva indisposé, eut des frissons, de la fièvre, et se vit obligé de rester alité pendant huit jours. Vers la même époque, il acquit un léger suintement par l'urètre et eut une petite écorchure sur le prépuce ; mais ces symptômes se dissipèrent bientôt

(1) Etudes des mal. scrofuleuses, p. 347, 352.

sans autre traitement. Depuis, étant souvent mal nourri, plus souvent encore couché dans des pièces froides et humides, il s'aperçut que de temps en temps il toussait : il devint, dit-il, *sujet à s'enrhumer* ; la nuit il s'éveillait souvent couvert de sueur: l'appétit cependant se maintenait, et il n'en continuait pas moins à travailler comme auparavant.

Dans la nuit du 11 au 12 mars 1851, il fut saisi par un froid prolongé. Le lendemain, en se levant, il éprouva un malaise général, de la céphalalgie, et surtout une douleur au coude droit, douleur qui le gênait beaucoup pour travailler; les symptômes ne firent que prendre plus d'intensité, de sorte qu'au bout de quelques jours il ne put mouvoir l'articulation; les parties voisines devinrent un peu rouges et formèrent une tumeur assez volumineuse : alors il se décida à entrer à l'hôpital.

Les traits amaigris, deux fossettes profondes qui surmontent les clavicules, la maigreur générale, des tumeurs placées en différents endroits et d'où s'échappe un pus grisâtre et mal lié, tout indique chez ce jeune homme une organisation appauvrie par les conditions de la misère : quelques excès paraissent aussi y avoir contribué. Le malade ne tousse plus ou presque plus aujourd'hui (1er juillet) et ne crache pas. Les membres présentent des ulcérations qui proviennent de tumeurs antérieures, et qui paraissent en voie de guérison.

Voici dans quel ordre ces tumeurs se sont développées:

La première qui a paru est celle du bras droit: elle est située à quelques centimètres au-dessus de l'épitrochlée. Cette tumeur a été ouverte ; il en est sorti du pus, et elle est complètement fermée aujourd'hui. La seconde a paru à la jambe droite, à peu près vers la partie moyenne de la crête du tibia ; les symptômes qui ont accompagné

son apparition ont présenté des caractères inflammatoires assez marqués, à tel point que pendant quelques jours le malade n'a pu se servir de sa jambe. Une ouverture en a fait écouler du pus, et s'est maintenue pendant un mois.

Celles qui ont paru ensuite sont : une à la partie inférieure et postérieure de la cuisse droite, à environ 5 centimètres au-dessus du creux poplité ; elle a été suivie presque immédiatement d'une autre placée dans une position symétrique au-dessous du creux poplité du même côté. La jambe gauche a été ensuite le siége d'une assez vive inflammation, et une tumeur a paru vers la partie moyenne de la crête tibiale. Enfin, la dernière qui a été ouverte s'est montrée à la partie supérieure du bras gauche.

De celle de la jambe gauche et du bras gauche, il en sort un pus grisâtre très-fluide, mal lié ; les bords de l'ouverture ont un aspect blafard, ils sont renversés et ne paraissent pas disposés à la cicatrisation ; enfin, à la partie interne du bord postérieur du creux axillaire, on sent une petite tumeur dure, résistante, assez mobile, dont la compression ne paraît pas faire souffrir le malade. (Huile de foie de morue, vin amer, frictions avec la décoction de quinquina, aliments substantiels, bon vin.)

6. On s'aperçoit que le pus fourni par les petites ouvertures de la jambe gauche paraît provenir de plus bas; en même temps il y a aussi du décollement dans l'abcès du bras gauche, qui suppure depuis environ trois semaines (Injections iodées.) L'injection poussée dans la petite ouverture de la jambe pénètre facilement jusqu'à 2 ou 3 centimètres au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne. Quant à la plaie du bras, la partie décollée forme une poche assez grande et dans laquelle l'in-

troduction de la teinture d'iode est très-douloureuse, tandis qu'elle ne l'est nullement à la jambe.

Le 8, on fait faire la compression sur la jambe gauche avec une bande imbibée de vin aromatique. — Le 10, pour provoquer la résolution de la tumeur du creux axillaire droit, on y applique un vésicatoire. Ce topique amena la disparition de cette collection purulente; mais nous sommes obligé d'ouvrir celle du bras, puis celles ultérieurement formées au pied. Vainement nous avons eu recours pendant plusieurs semaines à une injection avec la teinture d'iode dans ces abcès fistuleux. Ces moyens locaux, pas plus que les iodés à l'intérieur, ne procurent de changement prononcé. Nous employons alors les injections avec la décoction d'écorce de chêne, avec le vin aromatique, le nitrate d'argent, etc. Ces maladies persistent plusieurs mois, et diminuent avec beaucoup de lenteur. Afin de soustraire les ulcères suites des abcès au contact de l'air et des pansements répétés, nous avons recours au *collodion*, qui favorise notablement la cicatrisation; de sorte que, dès les premiers jours de novembre, la guérison de cet homme est achevée. Nous devons ajouter que le collodion nous a paru propre à activer la cicatrisation, en éloignant l'action des circonstances défavorables.

Si les préparations iodées ne nous ont point procuré des avantages signalés dans le traitement des maladies scrofuleuses ou adynamiques, il n'en a pas été de même des *bains de mer*. Nous ne saurions trop vanter l'usage de ce puissant remède, que le professeur Delpech a remis en honneur dans nos contrées. Mais il ne s'agit pas ici seulement de l'action de l'eau de la mer, mais encore des diverses conditions de l'hygiène qui en aident fortement l'action.

S'occupant des abcès soudains qui dépendent de la diathèse purulente, Delpech dit : « On ne connaît point de méthode de traitement applicable à cette maladie. Nous avons vu, sous les yeux de l'illustre Barthez, l'emploi libéral et soutenu des acides minéraux et du *kina* être suivi de quelques avantages passagers. Ces moyens paraissent retarder le développement des abcès, diminuer l'abondance de la suppuration (1). »

Le quinquina a été administré sous différentes formes pour combattre l'infection purulente à la suite de la phlogose des veines ou des lymphatiques. Cette résorption détermine des sortes d'exacerbations, qui offrent même parfois une apparence de périodicité ; aussi, Marjolin, Blandin et d'autres praticiens ont-ils tenté l'administration du sulfate de quinine. Mais si la forme périodique des exacerbations a disparu, l'affection purulente n'a pas cédé au médicament. Ce résultat semble résoudre la question que l'on pourrait faire touchant la similitude de cette résorption purulente avec la fièvre rémittente pernicieuse dont Ch.-L. Dumas a observé des exemples chez des blessés (2). L'affection fébrile décrite par le célèbre Professeur de Montpellier offre bien des symptômes analogues à ceux de l'infection purulente à la suite des blessures ou des opérations ; mais les effets heureux et constants de la résine de kina, chez les malades traités par cet habile médecin, paraissent démontrer une différence fondamentale entre ces deux états morbides. Les doses considérables et l'espèce de préparation de quinquina expliqueraient-elles la différence des résultats thérapeutiques? Il est à regretter qu'à l'époque où Dumas composa son intéressant mémoire, l'anatomie patholo-

(1) Mal. rép. méd., T. I, p. 71.

(2) Mém. Soc. méd. Emulat., 4e année, 1799.

gique ne fût pas assez bien cultivée pour mieux éclairer ce sujet à la faveur de l'examen du cadavre des personnes mortes à la suite de la fièvre rémittente pernicieuse qui compliquait alors les grandes plaies. Les effets avantageux de la résine de quinquina semblent éloigner le rapprochement de cette dernière affection avec la fièvre nosocomiale.

Quoique le sulfate de quinine n'ait pas eu dans le traitement de la fièvre purulente les avantages qu'on en retire contre les fièvres paludéennes, néanmoins, en certains cas, il paraît avoir contribué avec les évacuants à dissiper l'infection purulente et à guérir le malade. Ainsi, en lisant l'observation publiée par M. Vidal de Cassis (1), on ne peut refuser au sulfate de quinine, donné en même temps que l'eau de Sedlitz, une influence marquée sur le rétablissement d'un homme en proie à l'infection purulente avec abcès multiples. Récemment nous avons observé un effet avantageux de l'emploi du quinquina chez un de nos malades en proie à une lymphangite et aux phénomènes de l'infection purulente, survenus après la seconde application du cautère actuel sur un ulcère fongueux de la jambe droite. L'irritation des lymphatiques était fort sensible ; mais, malgré l'emploi des frictions mercurielles, les symptômes de la purulence se manifestaient et semblaient s'accroître sous la forme d'accès irréguliers. Alors l'administration du sulfate de quinine et de la résine de quinquina arrêta ces accidents fébriles et très-alarmants ; mais il survint une gangrène des parties molles du dos du pied. Voici l'histoire de ce cas clinique :

(1) Mém. Soc. chir., T. I, p. 533, 1849.

Obs. 21e. — Plaie fongueuse de la jambe ; lymphangite ; phénomènes de purulence ; quinquina ; amélioration rapide et marche vers la guérison. (Obs. de M. A. Delpech, chef de clinique.)

N., âgé de 55 ans, présente à la face antérieure de la jambe droite une plaie ayant environ 12 centimètres de long sur 7 de large ; bourgeons charnus énormément développés ayant au moins 4 centimètres de hauteur, donnant à la plaie un aspect squirrheux, occupant le centre de la plaie. Ces énormes bourgeons représentent une éminence dont la surface est presque régulièrement courbe, qui finit au niveau de la peau et dont les faces latérales sont coupées presque à pic. La couleur des bourgeons charnus est rouge, mais leur structure a quelque chose de lardacé. Les bords de l'ulcère ne sont pas renversés en dehors : ces bords sont indurés, ils paraissent infiltrés dans une grande étendue de matière plastique ; la plupart des autres bourgeons présentent à leur surface de nombreuses stries de sang caillé. On trouve, sur quelques points de la plaie, de petites crevasses, par lesquelles sort un pus d'assez bon aspect. Gonflement de la jambe ; douleurs sourdes, plus vives la nuit que le jour, prenant rarement, et seulement une fois en passant, le caractère lancinant. Le malade ne peut pas marcher et offre de la pâleur ; amaigrissement, débilité.

1re *Cautérisation avec le fer rouge faite par M. le professeur* Alquié. — Deux cautères rougis à blanc sont éteints sur la plaie. La chloroformisation qu'on a employée a été facile, et a fourni une des expériences les plus concluantes d'anesthésie complète. Le réveil a été prompt après l'opération. Le malade ne se croyait pas opéré. Le résultat de cette cautérisation n'a pas pro-

duit de réaction vive ; son influence sur l'aspect de la plaie a été réelle, mais peu sensible.

2e *Cautérisation avec le fer rouge, faite par* M. Alquié, *peu de jours après la précédente.* — La cautérisation a été profonde : deux cautères y ont été éteints. Elle a été faite le 24 décembre 1851. Pendant la nuit du 24 au 25, le malade éprouve des frissons, puis de la fièvre.

25 octobre. Dans la matinée, des rubans rouges sur la cuisse et l'engorgement douloureux de quelques ganglions de l'aine annoncent une lymphangite. (Prescriptions : 4 frictions mercurielles de 2 grammes chaque.) Le soir, coma profond ; les questions les plus pressantes ne peuvent pas arracher une parole au malade. A 8 heures du soir, bien qu'aucune sueur ne se soit manifestée, le malade paraît revenir un peu à lui. Des renseignements recueillis sur cet homme apprennent qu'il habite Arles, pays fiévreux, qu'il est employé sur les bords d'un canal, qu'il a déjà eu des accès de fièvre. Sur ces données, on prescrit :

℞	Sulfate de quinine...........	1 gramme.
	Résine de quinquina.........	8 —
	Sel d'absinthe...............	2 —

26 octobre, au matin. Le malade va incomparablement mieux ; il peut parler, il est presque entièrement maître de ses facultés ; son regard est intelligent ; les rubans rouges disparaissent. (Continuer les frictions et la potion.)

De ce jour jusqu'au 29 octobre, voici quelle fut la marche de la maladie : amélioration journalière dans l'état général du malade ; gonflement considérable de la jambe ; un peu d'exacerbation tous les soirs ; le pouls est d'une grande faiblesse. — On continue la potion.

29. La plaie paraît avoir un meilleur aspect depuis la

dernière cautérisation; état général satisfaisant; pouls faible. — On continue la potion.

30. Le malade n'a pas dormi de la nuit; douleur à la pression à 10 centimètres environ au-dessus de la plaie, où il semble qu'il existe de la fluctuation ; gonflement du pied, douloureux à la pression ; rougeurs au genou. (Frictions mercurielles sur le genou ; demi-quart, vin ; cataplasme sur la plaie : continuer la potion avec le sulfate de quinine et la résine de quinquina.)

31. Gonflement plus considérable du pied ; douleur très-vive à la pression au pied ; les bords de la plaie sont soulevés et durs ; au-dessus de la plaie il s'en forme une nouvelle, ayant 3 ou 4 centimètres carrés d'étendue. (Cataplasmes laudanisés ; continuer la potion.) — Hier, un peu de fièvre à 2 heures de l'après-midi.

1er novembre, *idem*. On fait, sur le dos du pied, avec un bistouri pointu, une ponction par laquelle il ne s'écoule que du sang. (Potion réduite à moitié dose.) — 2. Diarrhée. (On supprime la potion et on donne seulement 1 gramme de sulfate de quinine.) — 3. La diarrhée persiste ; une eschare se forme sur le dos du pied.

M. Alquié quitte le service. L'état général du malade s'est beaucoup amélioré depuis. Aujourd'hui, 18 novembre, plus de diarrhée depuis plusieurs jours, pouls fort et presque normal ; le malade mange le quart ; l'eschare du pied éliminée a laissé une plaie qui tend à la cicatrisation ; la plaie qui a été cautérisée présente un meilleur aspect ; les bourgeons charnus, surtout le principal, sont bien moins élevés : le gonflement diminue. Vers la fin du mois de décembre la guérison de cet homme est assurée.

Il semble donc que les préparations de quinquina ont la vertu de suspendre les symptômes fébriles et peut-être

la résorption purulente quand elles sont administrées dès la manifestation de ces terribles accidents. C'est ce qui paraît résulter encore des faits publiés par le professeur Seutin (1). Une femme affligée d'un érysipèle phlegmoneux et gangréneux du bras gauche devient en proie à la résorption purulente, à un phlegmon diffus de la cuisse droite formé au milieu d'accès fébriles. A deux reprises différentes, le sulfate de quinine et l'extrait de quinquina dissipent ces désordres et favorisent la guérison de cette malade. Chez un autre sujet le même médicament resta impuissant; mais il avait été employé plusieurs jours après l'apparition des frissons, et tandis que les désordres locaux et généraux étaient mortels. Il en fut ainsi chez un homme dont nous croyons convenable de placer ici l'histoire, tant à cause de l'emploi du sulfate de quinine, que de la présence dans l'encéphale d'abcès multiples qui nous paraissent se rattacher à la phlébite.

Obs. 22e. — Fracture; gangrène; amputation du bras; accès fébriles; convulsions; paralysies; sulfate de quinine : mort; abcès multiples dans l'encéphale.

Au commencement du mois de janvier 1855, Nautzic, âgé de 55 ans, se fractura le cubitus dans une chute sur la paume de la main, à Cette, où il exerçait la profession de pêcheur. On lui entoure le membre d'un appareil trop serré, qu'il garde plusieurs jours, pendant qu'il se livre du reste à des excès de débauche. Au moment où il entre à l'hôpital Saint-Eloi, l'avant-bras droit, siége de la fracture, est énorme, livide et frappé d'un sphacèle presque complet. M. Serre pratique l'amputation du bras le 15 janvier. Pendant plusieurs jours, on n'a qu'à s'applaudir de l'avoir entreprise: l'appétit de l'amputé re-

(1) Presse méd. 1851, p. 334.

vient, sa figure s'épanouit; il est content, fort tranquille. Mais, le 19, un accès fébrile se déclare, le moignon est douloureux, particulièrement à sa partie interne. (45 sangsues en plusieurs applications, section de deux points de suture.) La fièvre revient chaque jour d'une manière périodique. (Potion avec 15 grains de sulfate de quinine.) Bientôt, d'intermittente qu'elle était, elle devient continue; l'épigastre est douloureux, la soif s'allume, la langue est rouge: connaissance altérée dans ces divers accès. (Frictions sur la partie interne des cuisses avec la teinture de quinquina.) Le 29, des douleurs vives se font sentir dans le bras gauche; on les croit de nature rhumatismale. Le 4 février, des accès épileptiformes éclatent, avec contracture et convulsion des membres et perte de connaissance de plus en plus marquée ; ils se répètent plusieurs fois dans la journée et sont toujours accompagnés de cris, de mouvements violents, et une fois seulement d'écume à la bouche. A cet état d'exaltation succèdent d'autres phénomènes nerveux. Les jours suivants, l'affaissement est général; la figure du malade est marquée d'un air particulier d'hébétude et de stupidité; le coma dans lequel il est plongé n'est interrompu de temps en temps que par des cris. Le 7 février, insensibilité de la partie droite de la face; hémiplégie à droite; diminution notable de la sensibilité et de la myotilité des membres gauches. Le 11, mort à huit heures du soir.

Autopsie. — Nous trouvons dans l'hémisphère droit du cerveau un foyer, du volume d'une aveline, qui contient un pus de consistance presque tuberculeuse, et autour duquel un kyste commençait à s'organiser. Un second foyer, de deux pouces à deux pouces et demi de diamètre, est situé dans l'hémisphère gauche; il renferme un pus

plus liquide, plus coulant et est tapissé par une membrane d'aspect velouté. Il existe aussi un abcès à la base de l'hémisphère droit du cervelet. Autour de ces divers abcès, la membrane nerveuse est colorée et brunâtre. Les veines du moignon ont leurs parois épaissies; leur membrane interne n'est pas injectée; elles ne contiennent pas de pus.

Nous regrettons beaucoup de n'avoir pas tenu note des autres détails de la nécropsie; l'épaississement des parois des veines nous fait croire à des altérations des viscères thoraciques, et à leur liaison avec les abcès multiples de l'encéphale. Les accès fébriles survenus au cinquième jour de l'amputation, leur violence, leur répétition portent encore à les attribuer à l'infection purulente. Le sulfate de quinine et autres préparations de quinquina ont été mis en usage chez cet homme, et ne pouvaient, vu les désordres purulents, conjurer la marche fatale d'un tel état pathologique.

Les abcès soudains dont nous avons maintenant à nous occuper doivent être considérés comme des effets critiques plutôt que comme des symptômes: ainsi, vers la fin des affections exanthématiques, des fièvres typhoïdes ou malignes. Toutefois, contre de semblables états purulents, on n'a pas à mettre en usage les moyens directs; le plus souvent, au contraire, il faut respecter ces *abcès critiques*, car leur disparition trop brusque entraînerait ordinairement les désordres les plus graves, et même la mort. Nous avons vu ces derniers résultats survenir vers la fin de la variole par suite d'un refroidissement brusque qui détermina la résorption des nombreux abcès déjà existants à la surface de la peau. Loin de les combattre, dans ces cas il faut, au contraire, en favoriser l'évolution spontanée et les phases naturelles. Telles

sont les règles thérapeutiques que nous croyons devoir exposer touchant le traitement des affections morbides qui sont la source de la plupart des abcès multiples.

Durant le cours de la *morve* et du *farcin*, on observe aussi assez souvent des abcès nombreux qui peuvent être regardés plutôt comme symptômes que comme des épiphénomènes; mais, en ces derniers cas, ces collections purulentes méritent de fixer un peu l'attention du médecin, à cause de la haute gravité des affections pathologiques qui en sont la source, et qui entraînent ordinairement la mort, quel que soit du reste l'état de la purulence. Ainsi, les moyens capables de triompher de la morve et du farcin seraient sans doute propres à rétablir les forces, malgré l'existence d'abcès soudains: malheureusement, ces moyens thérapeutiques sont encore à trouver, malgré les efforts louables de MM. Dupuy, Rayer, Vigla, Miquel, Trousseau, Leblanc, etc.

Après avoir rempli l'indication que nous avons exposée, le praticien devra recourir à des *topiques* propres à faire disparaître convenablement les collections purulentes. Le traitement général et local sera simultané dans les états inflammatoires principalement; il sera successif, surtout dans les états adynamiques. Nous avons vu, en effet, l'inefficacité et l'inutilité des moyens locaux d'abord employés chez les malades de Lamothe, Baudelocque, où les scrofules et la diathèse purulente étaient les sources internes de la purulence; nous avons vu encore les abcès multiples disparaître assez promptement dès que l'on eut heureusement modifié la constitution de ces mêmes individus.

Quoi qu'il en soit de cette simultanéité des moyens locaux et généraux, ce dont nous nous sommes assez occupé, il nous reste à passer en revue les agents topiques

dirigés contre les divers abcès soudains, l'état général ou leurs causes étant supposés combattus. On sent que les moyens dont nous voulons parler maintenant ne sauraient s'adresser aux abcès profonds ou viscéraux qui sont hors de la portée des topiques : à ces derniers conviennent seulement les remèdes internes propres à combattre les affections qui en sont les sources, remèdes susceptibles de modifier l'état d'infection ou de résorption purulentes.

Lorsque les abcès soudains sont produits par une affection inflammatoire simple ou compliquée, il faut leur donner issue promptement et successivement, si d'ailleurs la partie dans laquelle ils sont placés ne contre-indique pas un pareil procédé. Ainsi, les collections purulentes développées dans le tissu cellulaire sous-cutané devront être ouvertes dès que la lésion d'où elles proviennent aura diminué d'intensité ou sera dissipée. La lancette sera alors préférable aux caustiques et aux autres moyens proposés coutre les abcès froids, scrofuleux ou par congestion; en donnant hâtivement issue au pus, on dissipe l'irritation locale causée ou entretenue par un liquide pathologique, dont on prévient en même temps l'augmentation. Toutefois, l'ouverture des abcès soudains et nombreux, de nature inflammatoire, ne nous paraît pas devoir être simultanée, mais successive.

On comprend combien l'on devra être réservé à l'égard des collections opérées dans les articulations. Cependant, dans un cas que nous avons rapporté et dans plusieurs autres qui se sont présentés à notre pratique, nous avons été obligé de leur donner issue au moyen de l'instrument tranchant, et nous n'avons pas vu se développer les formidables accidents que certains auteurs ont signalés. Il arrive même un moment où cette manière

d'agir ne saurait être négligée, quand la présence du pus détermine l'irritation et l'inflammation des éléments articulaires: ce serait laisser les désordres organiques se produire, pour être ensuite forcé de recourir à l'ouverture de la poche purulente.

Il est un autre ordre d'abcès soudains qui sont produits sous l'influence d'un état adynamique (scrofules, diathèse purulente). Contre ces collections de pus nous avons tenté l'application des topiques résolutifs et toniques, des vésicatoires, et nous avons réussi une seule fois sur l'un des abcès que portait Hyppolite, dont nous avons raconté l'histoire ; mais nous avons presque toujours échoué dans ce but. Ce n'est pas un motif toutefois pour rejeter ces tentatives thérapeutiques, quand il s'agit d'abcès peu considérables et dont les parois ne sont pas fort épaisses. Faut-il ouvrir ces abcès : à ceux-là on a en quelque façon réservé les caustiques, dans le but de ramener la vitalité des tissus au milieu desquels ils sont placés, et pour obtenir une cicatrisation plus prompte. Nous reconnaissons l'indication de ces topiques quand les collections purulentes sont peu nombreuses et que les tumeurs se trouvent fort animées ; mais lorsqu'il existe un grand nombre d'abcès chez le même sujet, on ne saurait concevoir la pensée d'appliquer des caustiques sur tous. Nous serions disposé à tenir une conduite inverse à celle que l'on prend ordinairement, et dans laquelle on adopte exclusivement ou les caustiques ou l'instrument tranchant.

Ainsi, la poudre de Vienne serait appliquée sur les abcès soudains dont les téguments auraient subi un amincissement notable, et le bistouri serait employé contre les abcès recouverts par les téguments peu altérés. « Dans plusieurs cas d'abcès froids, dit le pro-

fesseur Chélius (1), j'ai, par l'ouverture large faite avec la lancette et sans autre traitement local que l'application de cataplasmes, obtenu une guérison plus prompte que par tout autre moyen. » Nous ne craindrions pas même, dans certains points où les tissus seraient indurés depuis long-temps, de porter le fer rouge propre à modifier profondément la vitalité des parties. Enfin, comme la tendance de l'économie à produire du pus pourrait ne pas être complètement effacée, et qu'alors de nombreux dépôts ou des fluxions dangereuses seraient à craindre, il conviendrait d'appliquer un exutoire sur l'un des membres; de recommander à l'individu d'éviter soigneusement les causes débilitantes sous l'influence desquelles l'affection morbide s'est développée; d'user d'un régime fortifiant, de l'exercice fréquent, des bains de mer; enfin, de suivre une conduite hygiénique susceptible de neutraliser la tendance de l'organisme à l'adynamie.

(1) Trait. de chirurg., T. I, p. 24.

FIN.

TABLE.

FIN DE LA TABLE.

